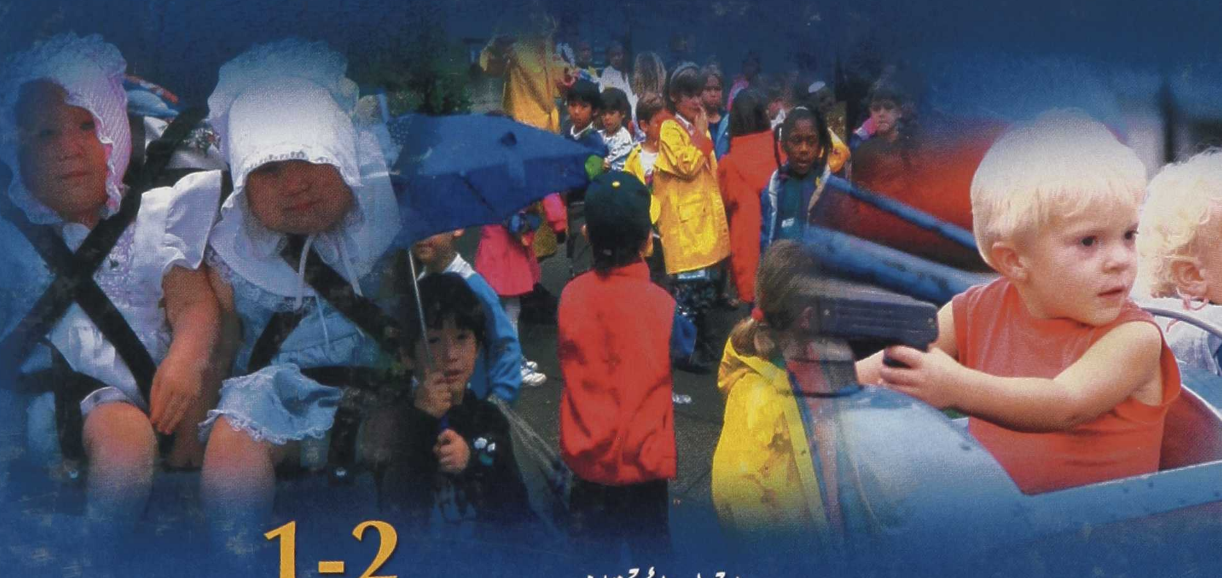
الطفولة

المشكلات الرئيسية

التعليمية والسلوكية العادية وغير العادية



1-2

إعداد الأستاذ
سلمان خلف الله

جهينة
للنشر والتوزيع

الطفولة

المشكلات الرئيسية

التعليمية والسلوكية العادية وغير العادية



المشكلات الرئيسية

التعليمية والسلوكية العادية وغير العادية

الأسباب، والعوامل الوقائية، والاحترازات، والعلاج

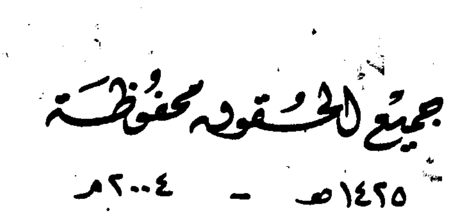
الجزء الأول

إعداد الأستاذ

سلمان خلف الله

جهينة

للنشر والتوزيع





عمّان - العبدلي - عمارة جوهرة القدس
ص. ب: ٨٦٧٠ عمّان ١١١٢١ الأردن
تلفاكس: ٤٦٢٠٠٧٨-٦-٩٦٢ +
خلوي: ٣٠٣٣٢٨ -٧٧ - ٩٦٢+

w.w.w.juhaina.net
info@juhaina.net

بسم الله الرحمن الرحيم

الحمد لله والصلاة والسلام على من أرسله تعالى رحمة للعباد وعلى آله وصحبه ومن والاه . . وبعد.

يقول الحق تبارك وتعالى في محكم تنزيله: ﴿ يَٰٓأَيُّهَا ٱلنَّاسُ إِن كُنتُمْ فِى رَيْبٍ مِّنَ ٱلْبَعْثِ فَإِنَّا خَلَقْنَٰكُم مِّن تُرَابٍ ثُمَّ مِن نُّطْفَةٍ ثُمَّ مِنْ عَلَقَةٍ ثُمَّ مِن مُّضْغَةٍ مُّخَلَّقَةٍ وَغَيْرِ مُخَلَّقَةٍ لِّنُبَيِّنَ لَكُمْ ۚ وَنُقِرُّ فِى ٱلْأَرْحَامِ مَا نَشَآءُ إِلَىٰٓ أَجَلٍ مُّسَمًّى ثُمَّ نُخْرِجُكُمْ طِفْلًا ثُمَّ لِتَبْلُغُوٓا۟ أَشُدَّكُمْ ۖ وَمِنكُم مَّن يُتَوَفَّىٰ وَمِنكُم مَّن يُرَدُّ إِلَىٰٓ أَرْذَلِ ٱلْعُمُرِ لِكَيْلَا يَعْلَمَ مِنۢ بَعْدِ عِلْمٍ شَيْـًٔا ۚ وَتَرَى ٱلْأَرْضَ هَامِدَةً فَإِذَآ أَنزَلْنَا عَلَيْهَا ٱلْمَآءَ ٱهْتَزَّتْ وَرَبَتْ وَأَنۢبَتَتْ مِن كُلِّ زَوْجٍۭ بَهِيجٍ ﴾ [سورة الحج، آية: ٥] تعد الطفولة . . كمرحلة عمرية. صانعة المستقبل، وهي من استقامة نمائها تعتبر من دلائل استقامة الحياة . . وإن كانت أعمارنا تحسب عند الميلاد إلا أن عتبات الحياة من أولى مظاهرها تبدأ بنطفة ثم علقة ثم مضغة يكسوها الله تعالى بالعظام ثم تكسى العظام باللحم، ثم ينشىء الله تعالى الجنين نشأ آخر . . وتبارك الله أحسن الخالقين وعندما يأذن الله تعالى بخروج الجنين إلى الحياة، تسمع له صياحاً، والشعراء الذين يتبعهم الغاوون، يفسرون ذلك على أن الوليد عند خروجه إلى الحياة، يبكي لما قد ينتظره من مشاق الحياة ومتاعبها. والأمر الطبيعي وراء البكاء، هو استنشاق الوليد الهواء فجأة دون مقدمات لأول وهلة، الأمر الذي يشق على الوليد. عند دخول الهواء إلى الرئة وبدء عملها حال خروجه من بطن الأم. إن الجنين عند ميلاده، يُصبح في المهد ثم يمر بمرحلة الرضاعة ثم الفطام ثم الحضانة ثم مرحلة التمييز. وهذه المراحل يعبر منها الطفل إلى مدارج العمر التالية، إلى البلوغ ثم المراهقة فالرشد ثم الشباب والرجولة وهي مرحلة هضبة العمر Age platear مصداقاً لقوله تعالى ﴿ حَتَّىٰٓ إِذَا بَلَغَ أَشُدَّهُۥ وَبَلَغَ أَرْبَعِينَ سَنَةً قَالَ رَبِّ أَوْزِعْنِىٓ أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ ٱلَّتِىٓ أَنْعَمْتَ عَلَىَّ ﴾، ثم

تأتي بعد ذلك مرحلة الشيخوخة وهي مرحلة مبكرة عند الإناث منها عند الذكور. وقد يمتد العمر إلى أرذله وهو في واقع الأمر ينحدر Deteviorate إلى الضعف والوهن.

﴿وَمِنكُم مَّن يُرَدُّ إِلَىٰٓ أَرْذَلِ ٱلْعُمُرِ لِكَيْلَا يَعْلَمَ مِنۢ بَعْدِ عِلْمٍ شَيْـًٔا﴾.

ومن حيث كانت الطفولة هي أولى مدارج العمر، فإن الاهتمام ببحث مظاهر ومطالب واحتياجات النمو من هذه المرحلة العمرية، يُعد عملاً أساسياً في مباحث النمو النفسي والعقلي والاجتماعي لبنية الإنسان ونمائها في المراحل التي تعقب مرحلة الطفولة. فالطفولة هي اللبنات الأساسية لمستقبل النضج والرشد والرجولة ثم الشيخوخة وحتى نهاية الأجل.

ولقد اهتم علماء الإسلام والأئمة، فيما قاموا بوصفه عن النمو والتطور في سلوك الإنسان، حيث حدد البعض منهم القدرة على التمييز عند الطفل.

ثم فترة انتهاء حضانة الأم والولاية عليه.

ثم وصوله وبلوغه عاجلاً.!.

ثم فترة انتهاء ولاية الأب عندما يصل إلى سن التكليف. كما أشار البعض من أئمة الإسلام إلى حدود البلوغ بالعقل.

وأهلية (أي القدرة على) الإرادات المتباينة عنده. وفي كتاب الله الذي لا يأتيه الباطل من بين يديه ولا من خلفه، تتباين مراحل النمو الإنسان من بدء التلقيح حتى أرذل العمر وقد ذكرت الآيات البينات الدالة على ذلك من وفي مواضع من القرآن يتبين لنا مرحلة وسط العمر والأشد ﴿حَتَّىٰٓ إِذَا بَلَغَ أَشُدَّهُۥ وَبَلَغَ أَرْبَعِينَ سَنَةً قَالَ رَبِّ أَوْزِعْنِىٓ أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ ٱلَّتِىٓ أَنْعَمْتَ عَلَىَّ وَعَلَىٰ وَٰلِدَىَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَٰلِحًا تَرْضَىٰهُ﴾ [سورة الأحقاف، آية: ١٥].

وتهتم الدراسات النفسية بالطفولة بإيضاح مظاهر ومطالب النمو منذ اللائحة التي يبدأ بها الجنين في رحم الأم وعند ميلاد الطفل ومراحل الطفولة المبكرة قبل دخوله بالتعليم الأساسي (الابتدائي) ثم الطفولة الوسطى فالمتأخرة فالبلوغ والمراهقة، وحيث تشكل هذه المرحلة تطوراً كبيراً في حياة المراهق الذي ينتقل إلى مرحلة الشباب، وهي مرحل النضج والوعي وخاصة في المجتمعات الإسلامية، حيث

يلتزم الشباب بالتمسك بعقيدتهم واحترام أوطانهم والتعامل الإنساني المتكامل بينهم وبين ذويهم من أبناء الأسرة والمجتمع.

والطفل عند إتاحة فرص النمو المتوافق والمتكافل، ينمو سوياً في مدارج العمر المتعاقبة، بينما عند وجود أي خلل أو اضطراب في مظاهر النمو من الطفولة، قد يتبع ذلك اضطراب في باقي مراحل العمر.

لذلك هناك الطفل السوي والطفل اللاسوي. وهذا هو محور الدراسة التي يتقدم بها زميل فاضل هو: الأستاذ سلمان خلف الله وهو من رجال التربية الذين مارسوا التعليم ردحاً طويلاً، وله خبراته التربوية والعلمية في مجالات متعددة في علم النفس، واهتمامه الأساسي في علم نفس النمو وخاصة الطفولة سواء في سويتها أو انحرافها.

وإذ أقدّم هذا الجهد المتميز، فإنني أزكيه، وأزكي فيه مثابرته وتواصل دراساته وبحوثه في ميدان نحتاج إليه في تنشئة أبنائنا الصغار.

إن المؤلَّف الذي بين يدي القارىء مؤلَّف أُحكم نسيجه، يتواصل فيه الباحث في عرض المشكلات الرئيسية، التعليمية والسلوكية، العادية وغير العادية، في مرحلة الطفولة، وحيث يُحدد الأسباب والعوامل والوقاية أي الاحتراز من حدوث أو تقليل هذه المشكلات ثم العلاج.

أسأل الله أن يثيب الباحث على ما قدم من جهد وعلم، أرجو أن يكون من ورائه علم ينفع وشفاعة له يوم لا ينفع مال ولا بنون إلا من أتى الله بقلب سليم.

والله الهادي إلى سواء السبيل

جمادى الأولى ١٤٢٠ هـ/ سبتمبر ١٩٩٩ م

أستاذ دكتور عبد المجيد سيد أحمد منصور
أستاذ علم النفس بالجامعات المصرية والسعودية

المقدمــة

يكتسب موضوع الطفولة أهمية متزايدة في فكر التربويين والباحثين، لما للطفولة ومراحلها العمرية من أهمية بالغة في حياة كل إنسان. لذا رأيت من الواجب عليّ أن أخدم هذا الموضوع، وأدلي بدلوي، كأحد الباحثين في ميدان الطفولة، وأقدم كتاباً ليكون مرجعاً للدارسين والباحثين في هذا الميدان وكل المهتمين بشؤون الطفل من معلم وأب وأم وودِدت أن أناقش مشكلات الطفولة الرئيسية. العادية وغير العادية ـ أسبابها وعواملها والوقاية منها وأخيراً علاجها.

ولأنني قريب جداً من ميدان الطفولة، فقد ألقيت الضوء على تلك المشكلات، لعلي أُسهم في هذا الميدان، وأمده بكل خبرة اكتسبتها طيلة خمسة وثلاثين عاماً من العمل في ميدان التدريس.

ولا أدعي العصمة والكمال، فالكمال والعصمة لله وحده ولأنبيائه والنقص من صفات البشر سائلاً المولى عزّ وجلّ أن ينفع به والله الموفق والهادي إلى سبيل الرشاد.

الباحث

بسم الله الرحمن الرحيم

شكر وإهداء

عرفاناً بالفضل لأهله، وانطلاقاً من شكر الله، بشكر من أجرى سبحانه وتعالى الخير على يديه، حيث قال: ﴿ وَلَقَدْ ءَاتَيْنَا لُقْمَٰنَ ٱلْحِكْمَةَ أَنِ ٱشْكُرْ لِلَّهِ ۚ وَمَن يَشْكُرْ فَإِنَّمَا يَشْكُرُ لِنَفْسِهِۦ ۖ وَمَن كَفَرَ فَإِنَّ ٱللَّهَ غَنِىٌّ حَمِيدٌ ﴾ [آية: ١٢ من سورة لقمان].

ومن بواعث سروري واعتزازي، وقد فرغت من إعداد هذا الكتاب، أن أتقدم بالشكر والتقدير إلى كل من قدم لي العون، وأخص بالذكر أستاذنا الكبير البرفسور/ عبد المجيد سيد منصور، أستاذ علم النفس في جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية سابقاً، والخبير في مؤسسة الأمير سلطان الخيرية حالياً» لما لمسته منه من اهتمام بهذا البحث وبي خاصة، لما لهذا البحث من قيمة علمية وتربوية كبيرة.

وأشكر أيضاً كل من دلني على كتاب، أو أمدني بمرجع، وخاصة الدكتورة/ إيمان سلمان خلف الله لما قدمته لي من عون علمي ومشورة فنية وتربوية، وقد وضعت مكتبتها الخاصة تحت تصرفي وفي خدمتي. وأهدي كتابي هذا إلى كل أب وأم ومعلم وباحث. وأهل بيتي الذين قاموا في خدمتي طيلة إعداد هذا البحث.

والله أسأل أن يوفق كل من عمل معي في هذا المجال.

والله ولي التوفيق

الباحث

سلمان خلف الله

بسم الله الرحمن الرحيم

أهمية وأهداف البحث

الحمد لله وحده، والصلاة والسلام على من أرسله رحمة للعالمين، ومعلماً ومرشداً وهادياً إلى الصراط المستقيم.

إن دراسة الطفولة مهمة في حد ذاتها ومفيدة أيضاً بالنسبة لدراسة وفهم مرحلة المراهقة، وهي مهمة من الناحيتين النظرية والتطبيقية، ليست للمعلمين فقط، ولكن لعلماء النفس والمربين وللوالدين أيضاً وبالنسبة للمجتمع ككل.

كل ذلك يفيدنا في معرفة الطبيعة الإنسانية وعلاقة الإنسان في بيئته، ثم تزيد من قدرتنا على توجيه أطفالنا، وعلى التحكم في العوامل والمؤثرات المختلفة التي تؤثر في نموهم وأساليب سلوكهم، لإعداد الوسائل المعنية التي تساعدنا في العملية التربوية التي تناسب تلك المرحلة.

وقد استهدفت من هذه الدراسة، إلقاء الضوء على المشكلات التعليمية والسلوكية الرئيسية، بالتحدث عن أسبابها وأساليب الوقاية منها وكيفية علاجها. ولا يتم ذلك إلاّ بدراسة الطفل من وجهات النظر الطبية والسيكولوجية والاجتماعية.

ولا توجد طريقة واحدة لحل مشكلات الأطفال السلوكية، ولكن توجد عدة طرق، على الآباء والمعلمين اختيار الطريقة الفعالة والمناسبة لحل مشكلات أطفالهم.

إن الأطفال المعاقون هُمْ أطفال أولاً، وقبل أي شيء لديهم الحاجات الأساسية الموجودة لدى جميع الأطفال، إلاّ أنه نتيجة اضطرابات جسدية أو عقلية أو سلوكية أو حسية يعانون منها، تصبح لديهم حاجات خاصة إضافية لا توجد لدى الأطفال العاديين. لذا يجب تقديم خدمات تربوية خاصة لهم، من خلال تصميم وتكثيف

مناهج دراسية وأساليب ومواد تعليمية وطرق تدريس خاصة تلبي حاجاتهم الخاصة. لأن تلبية حاجاتهم مطلب أساسي في تنمية الطفولة في مراحلها المختلفة، وعلى الرغم من أن الشخص المعاق يشبه الشخص العادي أكثر مما يختلف عنه، إلاّ أنه مرغم على التعامل مع مثيرات غير تقليدية، قد تكون مثيرات بيولوجية وقد تكون اجتماعية، وقد تكون اقتصادية.

إن حل مشكلاتهم يحتاج إلى جهد أكبر من الجهد الذي يبذل في مشكلات الأطفال العاديين، فهم يشعرون بإحباطات كبيرة وصعوبات بالغة عند محاولة حل مشكلاتهم.

فهم ليسوا مسؤولين عن الصعوبات والمشكلات التي تواجههم. لذا فقد نادى رجال التربية وعلماء النفس بدمج هؤلاء الأطفال مع أقرانهم، وعدم فصلهم في مراكز ومؤسسات خاصة معزولة واتباع أساليب ومناهج وطرق تربوية خاصة تتناسب مع قدراتهم واستعداداتهم، لكي يشعروا بالأمن والانتماء ويقومون ببناء علاقات اجتماعية متوافقة مع الآخرين.

ولقد رأيت أن أسلط الضوء على مشكلات هؤلاء الأطفال، لأنها تختلف عن مشكلات الأطفال العاديين، فهي تتعلق بالجهاز العصبي، (تلف بسيط في المخ)، يرجع إلى أسباب متعددة أثناء الحمل، أو فترة الولادة وما بعدها. أما بالنسبة للأطفال العاديين، فأسباب مشكلاتهم: منها ما هو نفسي وما هو اجتماعي، وما هو انفعالي، ويرجع بعضها إلى أسباب صحية وأيضاً عقلية. (عدم قدرة على التركيز)، (تشتت في الانتباه). الخ.

هذه الانحرافات يجب تعديلها بطرق التعديل المعروفة، سواء كانت أكاديمية أو اجتماعية أو نفسية.

والله أسأل أن يكون فيما قدمنا النفع والفائدة، وأن تكون الإضافة، قيِّمة للمكتبة العربية ومكتبة الطفل.

وما توفيقي إلاّ بالله تعالى.

سلمان خلف الله

الرياض ١٤٢٠ هـ/ ٢٠٠٠ م

منهج البحث

يتبع الباحث في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي (الدراسة المسحية)، وقد قصدَ من ذلك جمع أوصاف مفصلة عن مشكلات الطفولة بقصد استخدم البيانات لتبرير الأوضاع أو الممارسات الراهنة أو وضع خطط أكثر فاعلية لتحسين الأوضاع والعمليات التربوية القائمة.

أدوات البحث

١ ـ الملاحظة

٢ ـ المقابلة

٣ ـ رسوم بيانية وجداول إحصائية

خطة البحث

قسم الباحث الدراسة ما إلى يأتي:

الباب الأول: بحث مشكلات الطفولة العادية

والباب الثاني: بحث مشكلات الطفولة غير العادية

والباب الثالث: مسيرة التربية الخاصة في المملكة العربية السعودية

«الجـزء الأول»

الباب الأول: مشكلات الطفولة العادية

مدخل عام لمشكلات الطفولة

(مفاهيم نفسية وتربوية ـ طرق دراسة الطفل ـ أنواع المشكلات وأساليب العلاج السلوكي ـ صياغات سلوكية للمفاهيم السيكياترية ـ الاختبارات والمقاييس.

الفصل الأول: نبذة عن الطفل في الإسلام

المبحث الأول: تعريفات

المطلب الأول: الطفل في الشريعة

المطلب الثاني: الطفل في اللغة

المطلب الثالث: الطفل في التربية

المبحث الثاني: التعريف بمراحل الطفولة

المطلب الأول:

١ ـ ما قبل الميلاد ـ فترة الحمل) من الإخصاب إلى الميلاد

المطلب الثاني:

أ ـ (الوليد) من الميلاد إلى أسبوعين

ب ـ (الرضاعة) من أسبوعين إلى عامين

المطلب الثالث: الطفولة المبكرة (ما قبل المدرسة) السنوات (٣، ٤، ٥، ٦)

المطلب الرابع: الطفولة الوسطى (المرحلة الابتدائية) الصفوف الثلاثة الأولى (السنوات (٧، ٨، ٩)

المطلب الخامس: الطفولة المتأخرة (المرحلة الابتدائية ـ الصفوف الثلاثة الأخيرة السنوات (١٠، ١١، ١٢)

المبحث الثالث: العوامل التي تؤثر في النمو

المطلب الأول: الوراثة

المطلب الثاني: البيئة

المطلب الثالث: التكوين العضوي

المطلب الرابع: التغذية

المبحث الرابع: القوانين العامة للنمو

المطلب الأول: النمو عملية مستمرة متدرجة

المطلب الثاني: النمو يسير في مراحل

المطلب الثالث: كل مرحلة من المراحل لها سماتها الخاصة التي تميزها

المطلب الرابع: سرعة النمو ليست على وتيرة واحدة

ثانياً: المشكلات السلوكية

المطلب الأول: مشكلات مرتبطة بالشعور بالأمن والطمأنينية. (مشكلات انفعالية):

الفروع: (القلق، الخوف، الخجل)

المطلب الثاني: الأسباب والعلاج

المطلب الثالث: مشكلات مرتبطة باضطراب العادات

الفروع: (اضطراب النوم، مشكلات الأكل)

المطلب الرابع: مشكلات مرتبطة بالعلاقة مع الرفاق (مشكلات اجتماعية):

الفروع: (العدوانية، العزلة الاجتماعية، القسوة) + حالات

المطلب الخامس: السلوكيات اللاجتماعية

الفروع: (العصيان، نوبات الغضب، السرقة، الكذب، التخريب، الهروب من المدرسة + حالات)

المطلب السادس: مشكلات أخرى

الفروع: (ضعف الدافعية للدراسة، عادات الدراسة الخاطئة)

الجـزء الثانـي

مقدمة

الباب الثاني: مشكلات الطفولة غير العادية:

التدخل المبكر

الفصل الأول: مشكلات تعليمية

المبحث الأول: صعوبات التعلم

المطلب الأول: تعريفات

المطلب الثاني: مظاهر صعوبات التَّعلم

المطلب الثالث: تصنيفات صعوبات التعلم المعرفية والعقلية (النمائية)

الفروع: الإدراك ـ الذاكرة ـ التفكير ـ اللغة ـ الانتباه

صعوبات التعلم التعليمية (الأكاديمية)

الفروع: (القراءة ـ الحساب ـ التهجئة)

أ ـ عوامل ما قبل الولادة (جينية + غير جينية)

ب ـ عوامل أثناء الولادة

جـ ـ عوامل ما بعد الولادة

المطلب الخامس: أعراض الضعف العقلي (خصائص)

الفروع:

أ ـ مميزات عامة

ب ـ مميزات خاصة

المطلب السادس: تشخيص الضعف العقلي

المطلب السابع: علاج الضعف العقلي

المطلب الثامن: الوقاية من التخلف العقلي

المطلب التاسع: الأسرة والطفل المتخلف عقلياً

المطلب العاشر: اتجاهات المعلمين والآباء نحو المتخلفين عقلياً

المطلب الحادي عشر: تعديل الاتجاهات نحو المعاقين

المطلب الثاني عشر: الرعاية التربوية للمتخلفين عقلياً (الرعاية الأكاديمية)

الفروع:

أ ـ أهداف تربية المتخلفين عقلياً

ب ـ الأسس التي تقوم عليها مناهج المتخلفين عقلياً

جـ ـ أسس اجتماعية ـ أسس تربوية وفلسفية ـ أسس نفسية

الفصل الثاني: التأهيل المهني للمعاقين

المبحث الأول: العناصر الأساسية في عملية تأهيل المعاقين

المطلب الأول: البرامج

المطلب الثاني: الخدمات

المطلب الثالث: الكوادر المتخصصة

المبحث الثاني: خطوات التأهيل الخمس

الفروع: (١، ٢، ٣، ٤، ٥)

المبحث الثالث: خدمات التأهيل الشاملة

المطلب الأول: خدمات التأهيل الطبي

(رعاية وتأهيل المعاقين ـ برامج وخدمات الرعاية الاجتماعية خلال الفترة (١٣٨٠ ـ ١٤١٧ هـ)

(رعاية الأيتام ـ رعاية الأحداث ـ رعاية المسنين ـ رعاية الأسر ودعم تماسكها ـ رعاية وتأهيل المعاقين)

ـ مراكزهم وهي (مراكز التأهيل المهني، مراكز التأهيل الاجتماعي ـ مراكز التأهيل الشامل ـ مراكز الرعاية النهارية) ـ جداول مرفقة

المبحث السادس: الرعاية النهارية للأطفال المعاقين أهم الخدمات والأنشطة التي تقدم لهذه الفئة

المبحث السابع: رعاية المعاقين المقيمين لدى أسرهم الطبيعية ـ جدول إحصائي

المبحث الثامن: رعاية الأطفال ذوي الظروف الخاصة برامج الرعاية البديلة

(ـ إيداعهم الدور الاجتماعية مثل (دور الحضانة أو مؤسسة رعاية الأطفال المشلولين

ـ أو تسليمهم لإحدى الأسر التي تبدي رغبة في ذلك

وتنقسم الأسر إلى

أ ـ أسر حاضنة

ب ـ أسر بديلة

المبحث التاسع: رعاية الأطفال المشلولين:

(الرعاية الموسمية ـ برامج إعانات الأطفال المشلولين)

المبحث العاشر: تشغيل المعاقين

(العمل بالمصالح الحكومية ـ العمل بالقطاع الخاص ـ التشغيل عن طريق تنفيذ مشروع فردي ـ مزايا أخرى)

من الذكر الحكيم

آيات قرآنية

١ ـ قال الله تعالى: ﴿ٱلْمَالُ وَٱلْبَنُونَ زِينَةُ ٱلْحَيَوٰةِ ٱلدُّنْيَا ۖ وَٱلْبَـٰقِيَـٰتُ ٱلصَّـٰلِحَـٰتُ خَيْرٌ عِندَ رَبِّكَ ثَوَابًا وَخَيْرٌ أَمَلًا﴾[1].

٢ ـ قال تعالى: ﴿هُوَ ٱلَّذِى خَلَقَكُم مِّن تُرَابٍ ثُمَّ مِن نُّطْفَةٍ ثُمَّ مِنْ عَلَقَةٍ ثُمَّ يُخْرِجُكُمْ طِفْلًا ثُمَّ لِتَبْلُغُوٓا۟ أَشُدَّكُمْ ثُمَّ لِتَكُونُوا۟ شُيُوخًا ۚ وَمِنكُم مَّن يُتَوَفَّىٰ مِن قَبْلُ ۖ وَلِتَبْلُغُوٓا۟ أَجَلًا مُّسَمًّى وَلَعَلَّكُمْ تَعْقِلُونَ﴾[2].

٣ ـ قال تعالى: ﴿وَإِذَا بَلَغَ ٱلْأَطْفَـٰلُ مِنكُمُ ٱلْحُلُمَ فَلْيَسْتَـْٔذِنُوا۟ كَمَا ٱسْتَـْٔذَنَ ٱلَّذِينَ مِن قَبْلِهِمْ ۚ كَذَٰلِكَ يُبَيِّنُ ٱللَّهُ لَكُمْ ءَايَـٰتِهِۦ ۗ وَٱللَّهُ عَلِيمٌ حَكِيمٌ﴾[3].

---

(١) الكهف، آية: (٤٦).

(٢) غافر، آية: (٦٧).

(٣) النور، آية: (٥٩).

من الأحاديث النبوية الشريفة

(آحاديث نبوية)

١ ـ قال أسامة بن زيد بن حارثة: «كان رسول الله ﷺ يأخذني فيقعدني على فخذه وكان يُقعد الحسن على فخذه الآخر، ثم يضمهما ويقول: «اللهم ارحمهما فإني أرحمهما»[١].

٢ ـ عن أنس رضي الله عنه قال:

(كان رسول الله ﷺ يزور الأنصار ويسلم على صبيانهم ويمسح رؤوسهم)[٢].

٣ ـ فقد روى البزار عن أنس رضي الله عنه (أن رجلاً كان عند النبي ﷺ فجاء ابن له فقبله وأجلسه على فخذه، وجاءته بنية له فأجلسها بين يديه، فقال رسول الله ﷺ: ألا سويت بينهم)[٣].

٤ ـ عن ابن عمر رضي الله عنهما قال: (قال رسول الله ﷺ: ما ولد في أهل بيت غلام إلا أصبح فيهم عز لم يكن)[٤].

٥ ـ عن أبي نجيح قال: (كان الحسن والحسين يركبان فوق ظهر النبي ﷺ ويقولان: حَل، حَل ويقول النبي ﷺ نعم البعير بعيركما)[٥].

---

(١) البخاري في كتاب الأدب، باب وضع الصبي على الفخذ.

(٢) صحيح. وأخرجه النسائي، انظر صحيح الجامع رقم (٤٩٤٧).

(٣) البزار في مسنده كشف الأستار رقم (١٨٩٣) والعيال لابن أبي الدنيا (٣٦).

(٤) رواه الطبراني في الأوسط، وقال الهيثمي في المجمع (٨/ ١٥٥): وفيه هاشم بن صالح ذكره ابن أبي حاتم ولم يخرجه ولم يوثقه، وبقية رجال وثقوا.

(٥) كتاب العيال لابن أبي الدنيا (٥٩٦) وقال المحقق حديث مرسل ـ رجاله رجال الصحيح.

٦ ـ عن أبي هريرة رضي الله عنه قال: «قبَّل رسول الله ﷺ الحسن بن علي رضي الله عنهما وعن الأقرع بن حابس التميمي جالساً فقال الأقرع: إن لي عشرة من الولد ما قبلت منهم أحداً، فنظر إليه رسول الله ﷺ ثم قال: من لا يرحم لا يُرحم»[1].

---

(١) ابن أبي الدنيا (٢٢٣) وأخرجه البخاري في صحيحه، كتاب الأدب، باب رحمة الولد. ومسلم (١٠٨٩) كتاب الفضائل، باب رحمته (ص) الصبيان والعيال، واللفظ للبخاري.

البـــاب الأول

مشكلات الطفولة العادية

المدخـــل
مدخل لمشكلات الطفولة

أولاً: مفاهيم نفسية وتربوية:

تعريف المصطلحات:

الدافع:

هو كل ما يدفع إلى النشاط، حركياً كان أو ذهنياً.

ومنها ما هو فطري، وما هو مكتسب.

فإذا كان فطرياً: فإنه يمر بفترة من الكمون قبل أن تتاح له فرصة الاقتراب من اللاشعور، فيسمى في هذه الحالة (حافزاً).

فإذا صدر عن نشاط الدافع سلوك مقصور على الأعمال البيولوجية يسمى الدافع (حاجة) كالجوع مثلاً.

وإذا شمل السلوك دائرة الأعمال الاجتماعية سمي الدافع (ميلاً).

وفي هذه الحالة تكون طبيعة الدافع المعنوية نفسية ومن أمثلة الميول: الأنانية وحب الذات، وحب الغير.. الخ.

الانتباه:

هو نشاط عقلي يقوم على الإدراك عند اختيار العوامل المناسبة وثيقة الصلة بالموضوع من بين مجموعة من المثيرات، سمعية كانت أو بصرية أو لمسية.

الذاكرة:

هو نشاط عقلي أساسه القدرة على استدعاء ما تم مشاهدته أو سماعه أو ممارسته، أو التدريب عليه.

فالأطفال الذين يعانون من مشكلات في الذاكرة البصرية أو السمعية، قد تكون لديهم مشكلة في القراءة والتهجئة والكتابة والحساب.

الاستعداد:

ويقصد به إمكانيات الوصول إلى درجة من الكفاية أو القدرة عن طريق التدريب ويعرف أيضاً، بأنه السرعة المتوقعة للتعلم في ناحية من النواحي نتيجة وجود قدرات خاصة عند الشخص ترتبط بالموضوع الذي يتعلمه.

أمثلة الاستعدادات:

١ ـ الاستعداد الميكانيكي.
٢ ـ الاستعداد الفني.
٣ ـ الاستعداد القيادي.
٤ ـ الاستعداد الاجتماعي.

فالاستعدادات الفطرية أساس بناء وتكوين العادات السلوكية وبدونها لا يمكن إنشاء عادات جديدة فإن مهارات الانزلاق على الجليد (مهارات مركبة) ليست سوى تنظيم لحركات المشي».

إذن لا بد لها من استعداد فطري قبل تعلم المهارات.

أهم القوانين التي تحكم السلوك المكتسب:

١ ـ أن النمو يتجه من العام إلى الخاص.
٢ ـ أن النمو يتجه من الانتشار إلى التركيز.
٣ ـ أن النمو يتجه من الإبهام إلى الوضوح.
٤ ـ أن النمو يتجه من التفكك إلى التعامل.

التفكير:

يطلق لفظ التفكير للدلالة على عمليات عقلية مختلفة تثيرها مواقف سلوكية متباينة.

والتفكير من حيث المعنى العام:

هو كل ما يجول في الذهن من خواطر وأفكار وصور وذكريات وخيالات.

والتفكير من حيث المعنى الخاص:

هو مجموعة من العمليات العقلية القائمة على حكم وتجريد وتعميم وتمثيل واستدلال للوصول إلى نتيجة ما.

وقد يطلق التفكير على عملية التذكر.

ومن أبرز صفات التفكير: أن يكون في بادىء الأمر حديثاً بين المرء ونفسه. وقد قال بعض القدماء «إنِّي أجد الإنسان ونفسه كجارين متلاصقين، يتلاقيان فيتحدثان ويجتمعان فيتمازحان، وهذا يدل على بينونة بين الإنسان ونفسه.

أهم الآراء المتعلقة بالتفكير:

١ ـ التفكير هو ضرب من السلوك العقلي المعرفي وهو سلوك متسلسل، كأنه حديث يدور بين الشخص ونفسه. أو بين شخصين مختلفين، ويكون خفياً غير ظاهر.

٢ ـ والتفكير إما يسبق الحديث أو يصاحبه، فهو كسائر ضروب السلوك يحتاج إلى أداة تعبر عنه وهذه الأداة هي اللغة.

٣ ـ وفي قدرة الشخص المفكر أن يوجه تفكيره أو أن يحول مجراه أو أن يخفيه أو أن يُعبر عنه.

٤ ـ ولا يثار التفكير إلاّ لإرضاء حاجة أو رغبة فهو وسيلة الوصول إلى غرض معين وقد قيل إن الحاجة أم الاختراع، فيمكن أن يُقال إن الحاجة أم التفكير.

٥ ـ وللتفكير أدوات يستخدمها، وهذه الأدوات هي ما يعرف بالمعاني وما يقابلها في اللغة من ألفاظ أو صور لفظية.

٦ ـ يقتضي التفكير لكي يكون تأملياً، وحري أن يكون الفكر مميزاً من محتوياته.

الإدراك:

يُطلق على العملية العقلية التي تتم بها معرفتنا للعالم الخارجي عن طريق المنبهات الحسّية. وعندئذٍ يُعرف بالإدراك الحسي.

ويعرف أيضاً بأنه نوع من الاستجابة، وترمي هذه الاستجابة إلى القيام بضرب معين من السلوك. وهناك الإدراك المعنوي لأشياء غير محسوسة وهو نشاط عقلي يمارسه الفرد في مراحل العمر المتقدمة.

شروط الاستجابة:

تتوقف درجة الاستجابة على الإمكانات المتوافرة:

١ ـ طبيعة المنبه الخارجي.

٢ ـ ما جهزت به من الآت.

٣ ـ حالة الشعور الراهنة.

٤ ـ المعلومات والخبرات السابقة.

درجات التذكر:

١ ـ الاسترجاع التلقائي: (خطور الذكريات في الذهن بدون مناسبات).

٢ ـ الاستدعاء: (استرجاع الذكريات مما يناسبها من ظروف الزمان والمكان).

والاستدعاء نوع من الاستجابة تثيره تنبيهات مختلفة.

مؤثرات الاستدعاء:

١ ـ المؤثرات الناشئة عن الحياة الاجتماعية.

مثل: أحاديث في قاعة الجلوس أو مائدة الطعام.

٢ ـ المؤثرات المادية التي تحيط بالفرد.

٣ ـ العوامل العضوية والوجدانية.

٤ ـ سلوك الشخص نفسه.

ثانياً: كيفية دراسة نمو الطفولة والمشكلات المرتبطة بها:

من طرق دراسة الطفل ما يلي:

١ ـ الطريقة الترابطية.

٢ ـ الطريقة السببية (الاتجاه التجريبي).

٣ ـ طريقة دراسة الحالة.

أولاً: الطريقة الترابطية وتنقسم إلى:

أ ـ طريقة الملاحظة.

وتنقسم إلى:

١ ـ الملاحظة الطبيعية.

٢ ـ الملاحظة المضبوطة.

ب ـ المقابلة:

١ ـ أهداف المقابلة.

٢ أنواع المقابلة.

٣ ـ أساليب المقابلة.

الطريقة الترابطية:

وتهدف إلى معرفة ماذا يرتبط بماذا؟.

مثال: معرفة المفردات اللغوية التي ترتبط بعمر زمني معين.

أ ـ الملاحظة: هي المادة الخام للمعرفة العلمية وتلعب دوراً رئيسياً فيها.

وتختلف الملاحظة العلمية عن الملاحظة العادية، في مختلف مواقف الحياة اليومية.

تعريف الملاحظة: عرفها «سترانج» «وموريس» ١٩٦٦ م بأنها الوسيلة الأساسية والضرورية ومصدر للحصول على معلومات عن الفرد موضع الدراسة وتنقسم إلى قسمين:

أ ـ الملاحظة الطبيعية:

فالملاحظة الطبيعية (غير المضبوطة).

وتشمل سيرة حياة الطفل اليومية، ويقوم بها عادة أحد الوالدين أو أحد المختصين.

أي ملاحظة الطفل في بيئته الطبيعية، أي بيته، وليس في بيئة مضبوطة أو تجريبية.

ب ـ الملاحظة المضبوطة:

أي أن الباحث يختار مواقف معينة في أماكن معينة ويسجل ردود أفعال الأطفال فيها.

إجراءات الملاحظة المضبوطة:

١ ـ الإعداد المسبق للسلوك موضع الدراسة، وتحديد أهداف الملاحظة وأوقاتها.

٢ ـ الزمان الذي تجري فيه الملاحظة.

٣ ـ المكان الذي تجري فيه الملاحظة.

٤ ـ إعداد الوسائل المستخدمة في دراسة السلوك.

٥ ـ اختيار عينة سلوكية لدراستها.

٦ ـ الدراسة والتسجيل.

ومن عيوبها عموماً (خاص بالملاحظة الطبيعية):

١ ـ أنها تفتقر إلى صدق المعلومات نظراً للتحيز في جمعها، حيث تتدخل عاطفة الوالدين فيها (أي تدخل الذاتية والابتعاد عن الموضوعية). نظراً لعدم إخضاعها للتجربة والاختبار.

٢ ـ عدم كفاءة الباحث وخلفيته حول الملاحظة، وخبراته التدريبية فيها.

٣ ـ عدم التمكن من التعميم عند الحصول على نتيجة دراسة حالة معينة.

٤ ـ تحتاج إلى وقت وجهد كبير من الباحث.

٥ ـ تعتمد على الحواس، وتختلف الحواس من شخص إلى آخر.

٦ ـ نفور بعض الأطفال من الملاحظة لأنهم لا يحبون أن يكونوا موضع ملاحظة (رد الفعل).

٧ ـ توقعات الملاحظ: تختلف توقعات الملاحظين، وقد تتفق في دراسة سلوك الأطفال. وهذا قد يدفع إلى التحيز، وهذا يضعف أي نتائج محتملة الظهور.

٨ ـ إجراءات التسجيل: طرق التسجيل قد تؤدي إلى أخطاء في البيانات، ومن ثم في النتائج.

مزايا الملاحظة:

١ ـ الحصول على معلومات لا يمكن الحصول عليها عن طريق غيرها من الوسائل.

٢ ـ تتيح دراسة السلوك الفعلي في مواقفه الطبيعية.

٣ ـ يمكن استخدامها مع الأطفال عندما يتعذر استخدام المقاييس والاختبارات اللفظية.

وقد عرفها آخرون بأنها:

التي تشمل ملاحظة السلوك في مواقف الحياة اليومية الطبيعية مثل: اللعب والعمل والراحة والرحلات والحفلات. والمواقف غير الطبيعية مثل الإحباط والمسؤولية الاجتماعية والقيادة والتبعية.

والمقصود هنا الملاحظة العلمية.

أنواع أخرى للملاحظة:

١ ـ ملاحظة مباشرة:

وفيها يكون الطفل الملاحظ أمام الأخصائي وجهاً لوجه وتعتبر الملاحظة المباشرة والمتكررة جزءاً لا يتجزأ من عملية تعديل سلوك الأطفال.

٢ ـ الملاحظة غير المباشرة:

مثل التي تحدث دون اتصال مباشر، ودون أن يدرك الفرد الملاحظة (الطفل) أنه موضع ملاحظة.

٣ ـ الملاحظة المنظمة الخارجية (المضبوطة). أساسها المشاهدة الموضوعية، دون التحكم في الظروف والعوامل التي تؤثر في السلوك.

٤ ـ الملاحظة الدورية:

وهذه تتم في فترات زمنية محددة.

الشروط التي تساعد الملاحظة في تحقيق أهدافها:

١ ـ تحديد السلوك المراد دراسته.
٢ ـ ضبط ظروف الملاحظة.
٣ ـ إمكانية التعبير عن البيانات التي تجمع عن طريق الملاحظة.
٤ ـ توفر وسائل لتسجيل الملاحظة مثل بطاقة التسجيل.

المقابلة INTERVIEW

تعريف المقابلة:

هي وسيلة لجمع المعلومات في كافة البحوث.

وتعرف المقابلة الشخصية:

هي عبارة عن علاقة بين الأخصائي، أو الباحث وبين فرد أو جماعة من الأفراد بغرض الحصول على معلومات.

ويعرفها مكوبي (Maccoby) بأنها:

تفاعل لفظي يتم بين الباحث والمفحوص في مواقف مواجهة يحاول الباحث أن يستثير المفحوص ويحصل منه على معلومات شخصية عن اتجاهاته وآرائه وخبراته.

ويقصد بالمقابلة مجموعة من الأسئلة أو من وحدات الحديث يوجهها شخص أو عدة أشخاص إلى طرف آخر، في موقف مواجهة حسب خطة معينة للحصول على معلومات عن سلوك الطرف الآخر، أو سمات شخصيته أو للتأثير على هذا السلوك.

أنواع المقابلة:

١ ـ المقابلة المباشرة (محددة من بدايتها حتى نهايتها.
٢ ـ المقابلة الشخصية.
٣ ـ مقابلة غير مباشرة (مناقشة حرة غير قصيرة).
٤ ـ مقابلة مقننة (محددة المواضيع).
٥ ـ المقابلة المبدئية، وهي أول مقابلة للحالة.
٦ ـ المقابلة القصيرة.
٧ ـ المقابلة الإكلينيكية القائمة على الجوانب أو الإرشادية أو العلاجية.

٨ ـ المقابلة الجمعية ـ مجموعة أطفال يعانون من مشاكل مشتركة.

وفنيات المقابلة تقوم على أخذ تاريخ الطفل المرضي والفحصي ومن خلالها يتم جمع المعلومات من الوالدين لمساعدة الطفل المضطرب وأسرته.

ويفضل أن تكون المقابلة ساعة واحدة، وإذا لم يكن الوقت كافياً ترتب مقابلة أخرى، ويفضل عدم حضور الإخوة الصغار خوفاً من تشتت انتباه الطفل.

أهداف المقابلة مع الوالدين:

١ ـ إنشاء علاقة معهما.

٢ ـ أخذ التاريخ النمائي للطفل والتاريخ المرضي.

٣ ـ تكشف العلاقة بين الوالدين والطفل وطريقة التربية وتمسك الطفل وقيم الأسرة وتقاليدها.

٤ ـ رؤية الوالدين لأسباب المشكلة الأسرية.

٥ ـ تهيئة الطفل للمقابلة القادمة بواسطة الوالدين.

ومن الأهداف العامة للمقابلة ما يلي:

١ ـ إنشاء علاقة تفاعلية (تفاعل فعال) متبادلة من الطفل والمقابل.

٢ ـ اكتساب معلومات أو إعطاء معلومات عن الطفل.

٣ ـ التوجيه في حل مشكلة أو اختيار طريقة سلوك.

٤ ـ القضاء على التوتر وتعديل المشاعر الانفعالية.

٥ ـ وسيلة للدراسة العلمية.

٦ ـ إعطاء فرصة للطفل لأن يفكر بحرية واتخاذ قراره بنفسه.

٧ ـ مساعدة الطفل على فهم ذاته.

٨ ـ الحصول على معلومات أدق من المعلومات التي سنحصل عليها أثناء الملاحظة.

ظروف تؤثر في المقابلة الشخصية من حيث تحقيقها للهدف:

١ ـ ظروف مادية ـ مكاناً وزماناً ومناخاً.

٢ ـ تسجيل المقابلة حتى لا يتم نسيان ما دار فيها.

٣ ـ سهولة ودقة الحصول على المعلومات.

٤ ـ سرية المعلومات وضرورية ذلك.

٥ ـ يجب الإصغاء للطفل من قبل المقابل وهو يشرح ويعبر عن نفسه. لذا يجب أن يكتنف جو الحوار الثقة المتبادلة، والاحترام والاهتمام بالطفل ليعبر الطفل عن نفسه بحرية.

أغراض المقابلة:

١ ـ حل مشكلات نفسية واجتماعية، كالانطواء مثلاً أو العدوانية.

٢ ـ مساعدة الطفل على فهم دروسه مثل القراءة والحساب.

٣ ـ تقديم النصيحة للطفل لا الأمر لأن بعض الأطفال يحبون النصيحة ولا يقبلون الأمر.

الأخطاء التي قد تحدث في المقابلة:

١ ـ إغفال بعض الوقائع الهامة أو التقليل من أهميتها (خطأ التعرف).

٢ ـ المبالغة في تقدير ما يصدر عن الطفل (خطأ الإضافة).

٣ ـ حذف بعض الحقائق أو التعبيرات أو الخبرات (خطأ الحذف).

٤ ـ عدم تذكر التتابع السليم للوقائع أو العلاقة السليمة بين الحقائق (خطأ التعبير).

٥ ـ عدم تذكر ما قيل أثناء المقابلة وإبدال كلمات الطفل بكلمات أخرى (خطأ الإبدال).

تهذيب المقابلة للتخلص من عيوبها:

١ ـ تقنينها ـ أي توحيد ظروف إجرائها.

٢ ـ تدريب المرشدين بإشراف أخصائيين.

٣ ـ تحديد أفراد المقابلة ـ أي الأفراد الذين سيقابلهم المرشد.

٤ ـ الإعداد للمقابلة ـ تحديد زمان ومكان المقابلة.

٥ ـ تحديد خطة المقابلة والأسئلة التي ستطرح.

٦ ـ التثبت من البيانات والمعلومات.

مميزات المقابلة :

١ ـ من الممكن أن نحصل من خلال المقابلة على معلومات لا يمكن الحصول عليها عن طريق الوسائل الأخرى، مثل الملاحظة مما يتيح فهماً أفضل للطفل.

٢ ـ إتاحة جو من التجاوب والثقة المتبادلة بين القائم بالمقابلة والطفل للحصول على معلومات صحيحة.

٣ ـ إعطاء الطفل فرصة أفضل للتفكير والتعبير عن نفسه والتنفيس الانفعالي في جو آمن وهادىء.

عناصر المقابلة :

١ ـ توافر وسائل الراحة في مكان المقابلة الذي يبعث على الانطلاق والتجاوب.

٢ ـ الخصوصية والسِّرية.

٣ ـ الوقت المناسب للمرحلة العمرية.

٤ ـ الإعداد والتخطيط المسبق لها. من إعداد أسئلة وأدوات لازمة للتسجيل.

عوامل نجاح المقابلة :

١ ـ أن يكون القائم بالمقابلة موضوعياً، أي أن يحصر انفعالاته وسلوكياته داخل موضوع المقابلة فقط، بمعنى أن يكون ذا شخصية مميزة.

٢ ـ البدء بالمواضيع الهامة.

٣ ـ أن تكون المقابلة في جو مناسب وهادىء ومريح وتتخلله الثقة المتبادلة.

٤ ـ تشجيع الطفل على الكلام بحرية وبتلقائية.

خطوات إجراء المقابلة :

١ ـ عمل الترتيبات اللازمة للمقابلة بمعرفة المعلمين ومدير المدرسة والحصول على إذن الوالدين.

٢ ـ الإصغاء لإعطاء فرصة للطفل للتعبير عن نفسه وفهم أفكاره.

٣ ـ تهيئة جو مناسب للمقابلة من ألفة واحترام وتفاهم متبادل مع الطفل.

٤ ـ توجيه أسئلة هامة للوصول إلى المعلومات المفيدة للمقابلة.

٥ ـ متابعة ملاحظة القائم بالمقابلة لانفعالات الطفل وتتبع ملاحظة سلوكه.

د ـ تسجيل المقابلة من خلال بعض الوسائل مثل استخدام آلة التصوير وآلة التسجيل.

عيوب المقابلة:

من عيوب المقابلة ما يلي:

١ ـ انخفاض معامل الصدق، وذلك للاختلاف في الاستعدادات والمشاعر والقدرات من قبل القائم بالمقابلة أو الفاحص والمفحوص.

٢ ـ انخفاض معامل الثبات. لاختلاف مشاعر المفحوص تجاه مشكلاته وتذبذب خبراته وعدم ثباتها من يوم لآخر.

٣ ـ تدخل الذاتية من قبل الفاحص أو القائم بالمقابلة، وخاصة عند تفسير نتائج المقابلة.

٤ ـ كثرة ميل الطفل للصمت قبل الإجابة عن الأسئلة، مما يضطر الفاحص إلى اتباع أساليب متعددة لإغراء الطفل في الإجابة.

٥ ـ عدم جدوى المقابلة عند كثير من الأطفال، وخاصة الصغار الذين يصعب عليهم التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم.

ثالثاً: طريقة دراسة الحالة:

طبيعة دراسة الحالة:

قد تكون الحالة فرداً أو أسرة أو جماعة، وهي تحليل دقيق للموقف، وهي منهج لتنسيق وتحليل المعلومات التي جمعت بوسائل جمع المعلومات الأخرى عن الحالة.

وفي هذه الطريقة يتم تحليل حياة الفرد في كل مرحلة من مراحل النمو، للتعرف على المظاهر العامة وتفسيرها، وخاصة في ميدان العلاج النفسي.

ويتم تسجيل تاريخ حياة وسلوك الفرد من يوم لآخر ومن شهر لآخر ومن عام لآخر، وفي مواقف خاصة كما يحدث في حجرة الدراسة، أو في ساحة اللعب، ولا شك أن تاريخ حياة الطفل أو المراهق من أحسن المصادر التي من خلالها يتم الحصول على معلومات كثيرة عن الطفولة والمراهقة.

مثل ظروف الأسرة، ومركز الفرد الذي نقوم بدراسة حالته وظروف تنشئته اجتماعياً، والحالة الاجتماعية والاقتصادية.

أهداف دراسة الحالة:

وتهدف دراسة الحالة للوصول إلى فهم أفضل للحالة وتحديد وتشخيص طبيعتها وأسبابها، ودراستها وتحليلها وتركيبها واتخاذ التوصيات الإرشادية حيالها.

عوامل نجاح دراسة الحالة:

من عوامل نجاح دراسة الحالة ما يلي:

١ ـ الدقة في جمع المعلومات.

٢ ـ التنظيم والتسلسل والوضوح للمعلومات التي يتم جمعها من مصادر مختلفة وذلك لكثرة المعلومات التي تشملها دراسة الحالة.

٣ ـ الاهتمام بالتسجيل.

الأبعاد التي تتناولها دراسة الحالة:

١ ـ المعلومات والبيانات العامة عن الحالة في البطاقة الإرشادية.

٢ ـ الشخصية: من حيث بنائها وسماتها وأبعادها واضطراباتها.

٣ ـ الحالة الجسمية والصحية.

٤ ـ النواحي الاجتماعية والانفعالية وتطور النمو وعملية التنشئة الاجتماعية والخلفية الأسرية والبيئية، والقيم والميول والهوايات.

٥ ـ المشكلة وتحديدها وأسبابها وأغراضها وتاريخها.

مميزات دراسة الحالة:

من مميزات دراسة الحالة ما يلي:

١ ـ الوضوح والشمول عند دراسة الشخصية.

٢ ـ الدقة في تيسير وفهم وتشخيص وعلاج الحالة.

٣ ـ لها فائدة إكلينيكية أي تسمح بنوع من التنفس والراحة والهدوء.

عيوب دراسة الحالة:

من عيوبها ما يلي:

١ ـ الوقت الطويل الذي تستغرقه.

٢ ـ الحاجة إلى تجميع وتنظيم، وتلخيص المعلومات يحتاج إلى جهد ووقت طويلين.

الأطفال موضوع الدراسة:

١ ـ الأطفال العاديون.

٢ ـ الأطفال الذين يعانون من مشكلات انفعالية واجتماعية.

٣ ـ الأطفال المنحرفون.

٤ ـ الأطفال المتفوقون وذوو التحصيل المتدني.

٥ ـ الأطفال الذين يعانون من مشكلات خاصة.

أساليب جمع المعلومات لدراسة الحالة:

١ ـ السجل المدرسي التراكمي.

٢ ـ البطاقة الإرشادية.

٣ ـ التقارير المختلفة.

٤ ـ الزيارات المنزلية.

٥ ـ الاختبارات التحصيلية بأنواعها.

البطاقة الإرشادية:

وتتكون من:

١ ـ معلومات عامة:

اسم الطفل :　　　　　　　　　　المدرسة :

الصف والشعبة :　　　　　　　　تاريخ الولادة :

عنوان الوالد :　　　　　　　　　عدد أفراد الأسرة .

ترتيب الطفل بين إخوته :　　　　مع من يعيش الطفل .

تاريخ تسجيل الحالة :　　　　　　نوع الحالة :

مصدر الحالة :

٢ ـ التحصيل الأكاديمي :

الحالة الصحية :

الحالة الاجتماعية :

الحالة الاقتصادية :

القدرة العقلية :

التحصيل المدرسي :

الاستعدادات :

الميول :

الحالة الجسمية .

ملاحظات الباحث :

توصيات :

وتتكون البطاقة بالإضافة إلى البيانات العامة المميزة من تسعة أقسام رئيسية :

١ ـ تحديد المشكلة .

٢ ـ الجهود التي بذلت لحلها .

٣ ـ حالة الطفل أثناء الدراسة موقعاً من المدرسة والمدرسين .

٤ ـ بيانات عن البيئة ـ المنزل ـ الوالدين ـ الإخوة والزملاء .

٥ ـ بيانات عن النمو والتطور وأهمية الصفات المتعلقة بكل مرحلة من مراحل النمو .

٦ ـ بيانات عن دينامية الشخصية ، حاجاته ، التزاماته ، قيمه ، إدراكه .

٧ ـ تشخيص مشكلات الطفل والتغيرات التي طرأت عليه خلال فترة الدراسة .

٨ ـ التوصيات.

٩ ـ المنبع، وتسجل فيه نتائجه التي تحققت والمشكلات الأخرى التي تظهر أثناء الدراسة.

كتابة التقرير عن دراسة الحالة:

كتابة التقرير من أكثر خطوات الدراسة دقة. وكتابة التقرير تشمل أهمية الخطوات والجهود التي قام بها الباحث، وكذلك الطريقة التي استخدمها. وهي آخر خطوات الدراسة.

وعلى الرغم من أن أشكال التقارير تختلف في بعض التفاصيل إلا أنها جميعاً تتفق في الآتي:

١ ـ المواد التمهيدية.

٢ ـ صلب التقرير.

٣ ـ المراجع.

١ ـ المواد التمهيدية: وتشمل:

أ ـ صفحة العنوان.

ب ـ التمهيد والشكر.

جـ ـ قائمة المحتويات.

د ـ قائمة الجداول، إن وجدت.

هـ ـ قائمة الأشكال ـ إن وجدت.

٢ ـ المحور الرئيسي للتقرير ويشمل:

أ ـ المقدمة: وتشمل:

١ ـ عرض المشكلة.

٢ ـ تحليل الدراسات المرتبطة بالموضوع.

٣ ـ الافتراضات التي تستند إليها فروض البحث.

٤ ـ صياغة الفروض.

٥ ـ النتائج المستنبطة من الفروض.

٦ ـ تحديد المصطلحات.

ب ـ طريقة المعالجة:

١ ـ الطريقة المستخدمة.

٢ ـ مصادر البيانات.

٣ ـ وسائل جمع البيانات.

جـ ـ عرض الأدلة وتحليلها.

د ـ الخلاصة والنتائج.

وصف موجز للمشكلة والطرق التي استخدمت النتائج والاستنتاجات.

٣ ـ المراجع قائمة بها (ملخص).

ويتضمن صلب التقرير أربعة أجزاء منطقية كما أسلفنا وهي:

١ ـ المقدمة.

٢ ـ طريقة المعالجة.

٣ ـ عرض الأدلة وتحليلها.

٤ ـ الخلاصة والنتائج وقد سبق أن عرضناها بالتفصيل.

الصياغات السلوكية للمفاهيم السيكياترية

جدول رقم (١)

المفهوم	الصياغة السلوكية
مكتئب	كثير البكاء يجلس بمفرده بطيء الحركة - يرفض الطعام - وزنه يتناقص بمقدار، يهدد بالانتحار، يردد عبارات مثل أشعر بالاكتئاب.
عدائي	ينتقد الآخرين بشدة، يضرب، يتعارك، يخرّب ممتلكات الأشخاص، يقاطع الآخرين، يهاجم - يمزق، يسب ويهين.
اجتماعي	يحب حضور الحفلات، يلتقي بالغرباء، يدعو الأطفال الآخرين، يفضل أن يقضي وقته مع الأصحاب، يصادق كثيراً من الأطفال.
ذهاني	يضحك من دون سبب، يتحدث مع نفسه بصوت عالٍ، لا يستجيب للناس، ينزع ملابسه علناً، يقضي أوقاتاً طويلة بمفرده. لا يبدو أنه مكترث لما يحدث حوله، ينفجر بالغضب دون سبب واضح، لغته مفككة. يهلوس (يرى أو يسمع أشياء لا يحس بها الآخرون) يلعب بأعضائه التناسلية علناً، لا يرعى نفسه.
ذكي	حصل على درجات أكاديمية عالية، يسجل نسبة ذكاء فوق المتوسط، يقرأ الكتب المتقدمة من عمره، يتحدث أكثر من لغة ما يمارس لعبات تحتاج للتفكير.
عصابي	يتحاشى لقاء الآخرين، يتحاشى الكلام في وسط مجموعة، وجهه يشحب، يغص أو يبلع ريقه، يرطب شفتيه، يتنفس بصعوبة، يعرق، أطرافه دائماً باردة، يتهته، يرتعد عند الذهاب إلى المدرسة، لا يستطيع رد الإهانة.

عن مجلة عالم المعرفة ـ العلاج السلوكي ـ أساليبه ونماذج من حالاته للطفل .
د . عبد الستار إبراهيم ود . عبد العزيز عبد الله ود . رضوى إبراهيم ١٤١٤ هـ/ ١٩٩٣م

العدد	أنواع المشكلات	العدد	أساليب العلاج
١	السلوك التخريبي، المشاركات، العراك، الشتائم، النحيب)	١	الإبعاد المؤقت عن مدعم إيجابي
٢	نواحي الضعف في السلوك الاجتماعي ربما فيها الخجل، عدم القدرة على رد الإهانات، التعامل مع العداوة الخارجية، العجز عن التعبير عن النفس) .	٢	تدريب المهارة بما فيها تأكيد الذات، تدريب المهارات الاجتماعية، لعب الأدوار .
٣	السلوك التخريبي (السرقة، الصراع، الصراخ، رفض المدرسة، أو الهرب منها) .	٣	الاتفاقات المتبادلة والتعاقد مع المريض .
٤	العدوان (تدمير الذات، الهرب من المدرسة أو المنزل) .	٤	أسلوب التعليم الملطف، والمؤازرة الوجدانية
٥	زيادة الوزن، أو السمنة، الهزال، مشاكل السلوك الوالدي	٥	مراقبة الذات عند ظهور السلوك
٦	التبول اللاإرادي، السلوك الفوضوي، زيادة السلوك الإيجابي	٦	التدريب الإجرائي بحسب خطط تقوم على المكافأة الذاتية، والعقاب الذاتي
٧	الصراعات الاجتماعية، الاندفاع، الخوف، التقاعس عن الأداء الأكاديمي، الإفراط الحركي، ضعف الدافعية للعمل والنشاط) .	٧	مناهج ضبط الذات، الحوار الداخلي مع النفس
٨	المخاوف المرضية (القلق العزلة والتجنب الاجتماعي)	٨	التطمين المتدرج، التعريض التدريجي لمنبه منفر .

العدد	أنواع المشكلات	العدد	أساليب العلاج
٩	مشكلات النطق واللغة، الحركة المفرطة، مشكلات الطعام (نقص الشهية، الشراهة، العزوف عن الطعام). اضطرابات الانتباه (المهارات الدراسية) اضطرابات السلوك (السرقة، المشاجرات الكذب).	٩	التدريب على النطق الصحيح صرف أدوية لفتح الشهية، واتباع نظام غذائي محبب له (مناهج التدعيم: التدعيم الإيجابي، التدعيم الذاتي الاقتصاد الرمزي).
١٠	اضطرابات التعلم، الإفراط، أو النهم، المعاندة	١٠	ضبط المنبه
١١	المشكلات السلوكية داخل الفصل الدراسي، الصراخ، البكاء، العدوان، التهتهة، لفت الانتباه، التفاخر، المعاندة، والمجادلة، الإفراط في الملبس أو المظهر	١١	الانطفاء: (سحب) التدعيم الاجتماعي والتجاهل
١٢	إشعال النيران، بعض حالات السلوك القهري	١٢	التشبع بالمنبه

جدول رقم (٢)

قائمة المشكلات السلوكية

اسم الشخص :　　　　　　عمره :　　　　　　تعليمه :

التشخيص الطبي :　　　　　　المستوى العقلي :

١ ـ تنطبق تماماً (مشكلة قوية).　　　٢ ـ تنطبق على وجه العموم.

٣ ـ لا تنطبق (لا تمثل مشكلة).

الإجابة تكون بوضع × تحت الرقم المناسب أمام كل عبارة.

السلوك	١	٢	٣	السلوك	١	٢	٣
حزين وغير سعيد				يصيح ويصرخ			
يخجل				يرتمي على الأرض			
ينقاد بسهولة				يهدد ويهين			
ينعزل عن الآخرين				يضرب ويعتدي			
يبكي				يشتم بألفاظ قبيحة			
يخاف من الناس				يخبط الأبواب والنوافذ			
يخاف من الحيوانات				يحطم الأثاث.			
يخاف من الحيوانات				يمزق ويقطع			
يؤذي نفسه				يجادل			
باللطم				يعض			
ينام متقطعاً				يجادل			
يستيقظ مفزوعاً				يلح			
يكثر من النوم				يسرق			
يستيقظ مبكراً				يكذب			
تصيبه كوابيس				يرمي أشياء			
ليلاً				على الناس			
لا يظهر غضبه				يبصق			
يكتم ضيقه				يرفض الانصياع للأوامر			

تابع

السلوك	١	٢	٣	السلوك	١	٢	٣
يتعارك				يكشف عن عورته			
يحب أن يغيظ				يهمل واجباته المدرسية			
ينفجر بالغضب				يهرب من المدرسة			
يكثر من الحركة والتنطيط				أداؤه المدرسي يتدهور			
لا يستمر في نشاطه				يشكو من آلام بالبطن			
لا يكترث لما يقال له				يتقيأ			
يتشتت انتباهه بسرعة				يشكو من الصداع			
يضحك مع نفسه				يتعلق بأمه			
لا يستجيب للأقارب				يتعلق بأبيه			
يتبول على نفسه بالنهار				يلتصق بالكبار			
يتبول على نفسه ليلاً				يفزع بسهولة			
يتبرز على نفسه				ينزع ملابسه علناً			
يعض أصابعه.				لا يأكل جيداً			
يعض أو يأكل أظافره				وزنه يتناقص			
ينتف شعره				يأكل بشراهة			
يلعب بأعضائه التناسلية							

(نبذة عن بعض الاختبارات والمقاييس)

ثالثاً: الاختبارات والمقاييس (للعاديين وغير العاديين):

وسنعرض هنا لعدة مقاييس تحقق عدة أهداف ومنها.

أولاً: مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي:

وضع عام ١٩٣٥ م لقياس القدرة الاجتماعية وهو يتكون من ١١٧ بنداً وتغطي ثمانية جوانب رئيسية في النضج الاجتماعي للسلوك وهي:

الاعتماد العام على النفس ـ والاعتماد على النفس في الطعام ـ والاعتماد على النفس في الملبس ـ الاعتماد على النفس في التوجه ـ الاعتماد على النفس في العمل ـ الاتصال والحركة والتنشئة، وتقيس أيضاً الاختبار ـ الارتقاء منذ الميلاد وحتى سن الخامسة والعشرين.

وأحد استخدامات مقياس فاينلاند وهي: إمكانية التمييز من خلاله بين التخلف العقلي المصحوب بكفاءة اجتماعية، والتخلف العقلي بدون إمكانية اجتماعية.

ثانياً: مقياس السلوك التوافقي: (أو السلوك التكيفي):

وهو من وضع الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي، وعدل عام ١٩٧٤ م وكذلك ١٩٨١ وهو معد أساساً لاختبار المتخلفين عقلياً، ويقصد بالتوافقي: كفاءة الفرد في مواجهة المتطلبات الطبيعية والاجتماعية للبيئة.

ويعتمد الاختبار على الملاحظة اليومية ـ لسلوك الطفل أو المتخلف، وتسجيل سلوكه الفعلي ويمكن الاعتماد على الوالدين.

ثالثاً: بطارية إيزنك للشخصية:

وهذه خاصة بالراشدين، ولا داعي هنا لشرحها.

وهي تقيس العصابية والانبساط، وتتكون من: صورتين متكافئتين (أ، ب) تشتمل كل منهما على ٥٧ بنداً منها ٢٤ لقياس العصابية، و٢٤ لقياس الانبساط، و٩ بنود كمقياس للكذب.

رابعاً: مقياس ميسوتا المتعدد الأوجه للشخصية:

ويعد هذا الاختبار من أوسع اختبارات الشخصية انتشاراً.

خامساً: مقياس كين وليفين للكفاية الاجتماعية:

تعريف الكفاية الاجتماعية:

عرف كين وليفين الكفاية الاجتماعية على أنها: نمو المهارات التي تعلمها الطفل والتي تمكنه في النهاية من تحقيق الكفاية الذاتية والمساهمة الاجتماعية.

كين وليفين ١٩٦١ ص ٢

وأن نمو كفاية الطفل الاجتماعية تنعكس على شكل زيادة قدرته الحركية وانتقاله من توجيه الآخرين إلى التوجيه الذاتي، وبازدياد قدرته في أن يجعل نفسه مفهوماً من الآخرين.

جاموس ١٩٨٣ ص ١٨

التعريف بمقياس كين وليفين لصورته الأصلية:

طبق هذا المقياس على يد كين وليفين عام ١٩٦١ م لتوفير طريقة لقياس الكفاية الاجتماعية للأطفال المتخلفين عقلياً الممكن تدريبهم، وذلك عندما تبين لهما النقص الموجود في أدوات القياس الفعال في هذا المجال.

وصف المقياس وطريقة تصحيحه:

ويتكون المقياس من (٤٤) فقرة مقسمة إلى أربعة مقاييس فرعية هي:

١ ـ مقياس المساعدة الذاتية.

٢ ـ مقياس المبادرة.

٣ ـ مقياس الاتصال.

٤ ـ مقياس المهارات الاجتماعية.

ويتكون المقياس من ٥٥٠ بنداً.

وهناك عدة اختبارات نورد منها ما يلي.

أولاً: اختبارات الذكاء:

بعضها لفظي، وبعضها مصور، وبعضها تحريري وبعضها عملي.

ومنها:

١ ـ اختبار وكسلر.

٢ ـ اختبار بقع الحبر لرورشاخ.

٣ ـ اختبار تداعي المعاني (TAT).

أولاً: اختبار وكسلر:

ويتضمن:

١ ـ اختبارات لفظية:

وتقيس المعلومات والفهم والحساب والمتشابهات والمفردات والأعداد.

٢ ـ اختبارات عملية:

مثل تكميل الصور، وترتيب الرسوم، والمكعبات وتجميع الأشياء، وتتناسب مع الأعمار من ٥ : ١٥ وتستغرق ساعة.

ثانياً: بقع الحبر لرورشاخ:

وهو اختبار يتكون من عشر بطاقات على كل منها بقعة حبر متماثلة الجانبين خمسة منها باللون الأسود والأبيض، والخمس الأخرى بها ألوان. تعرض البطاقات على الطفل الواحدة تلو الأخرى، ويطلب منه ذكر ما يراه في البطاقة ماذا يشبه وماذا يحتمل أن يكون، والاستفسار عن الحركة والألوان.

وبعد ذلك يتم تحديد للاستجابات ودراسة محتواها.

وهذا الاختبار يقيس الشخصية ككل، والقدرة العقلية ـ الإبداع ـ المثابرة ـ النشاط ـ الخمول ـ العدوان ـ السلبية ـ التوافق النفسي، والتطبيع الاجتماعي.

ثالثاً: اختبار تداعي المعاني (TAT):

وفيه يذكر الفاحص كلمة، ويطلب من المفحوص الاستجابة بأول ما يرد إلى ذهنه، ويلي ذلك عدد من الكلمات.

وتصنف الاستجابات إلى عدد من النواحي فيكشف عن الصراعات في الأسرة مثلاً. وكذلك المدرسة.. الخ.

وتستخدم كل هذه الاختبارات لتقييم النفس.

الفصـــل الأول

نبذة عن الطفل في الإسلام

المبحث الأول
تعريفات

المطلب الأول ـ الطفل في اللغة:

الطِّفل بكسر الطاء ـ الصغير من كل شيء عيناً كان أو حدثاً.

فالصغير من أولاد الناس والدواب طِفلٌ، والصغير من السحاب طِفلٌ.

يقال: وأطفلت الأنثى ـ صارت ذات طِفل.

والطِّفل المولود ما دام ناعماً رخصاً، والولد حتى البلوغ، وقد يكون الطِّفل واحداً وجمعاً لأنه اسم جنس.

قال تعالى: ﴿وَإِذَا بَلَغَ ٱلْأَطْفَـٰلُ مِنكُمُ ٱلْحُلُمَ فَلْيَسْتَـْٔذِنُوا۟﴾ [سورة النور، آية: ٥٩].

إن مصلحة الفرد والجماعة في الزواج. لذا شرع الله الزواج للمحافظة على النوع الإنساني، وقبل كل شيء لعبادة الله تعالى.

وقال تعالى: ﴿وَمَا خَلَقْتُ ٱلْجِنَّ وَٱلْإِنسَ إِلَّا لِيَعْبُدُونِ﴾ [سورة الذاريات، آية: ٥٦].

وقد دعا الرجال دعوة صريحة إلى اختبار الزوجات ذوات الدين والخلق والمنبت الحسن.

فقد قال رسول الله ﷺ: «تخيروا لنطفكم فإن العرق دسَّاس».

وقال أيضاً: تخيروا لنطفكم وأنكحوا الأكفاء» أخرجه البيهقي وابن ماجه والحاكم في المستدرك جـ ١ ص ١٦٣.

وقد أوجبت الشريعة على الوالدين العدل بين الأولاد والتسوية بينهم في الأمور المادية والمعنوية.

فقد دلت السنّة المطهرة على الطريقة التي يتعامل بها الأولاد من قبل الآباء.

عن النعمان بن بشير «أن أباه أتى به إلى رسول الله ﷺ فقال: «إني نحلت ابني هذا غلاماً فقال: «أكُلَّ ولدك نحلت مثله؟ قال: «لا» قال: (فأرجعه). صحيح البخاري جـ ٣ ص ٢٠٦.

وقال أيضاً: «فاتقوا الله وأعدلوا بين أولادكم» المرجع السابق.

والهدف من ذلك: تدعيم المحبة وتقوية الصلة بين الأولاد. وعدم المساهمة في بذر بذور النزاع والشقاق بينهم.

ويجب تأديب الطفل؛ فقد قال رسول الله ﷺ: «ألزِموا أولادكم وأحسنوا أدبهم» الفتح الرباني ج ١٩ ص ٤٥.

وقال رسول الله ﷺ: «ما نحل والدٌ ولداً من نحلٍ أفضل من أدب حسن» المصدر السابق + الترغيب والترهيب جـ ٣ ص ٢٠.

وقال أحد الحكماء يوصي مؤدب ولده: «ليكن إصلاحك لبني إصلاحك لنفسك، فإن عيونهم معقودة بعينك، فالحسن عندهم ما استحسنت والقبيح ما استقبحت» (والحكيم هو عمرو بن عتبة).

ومن وسائل التأديب: المدح وبذل المكافآت ولا ينبغي الإكثار من لومه وتوبيخه بل يجب الإكثار من وعظه وإرشاده ونصحه.

فالطفل أمانة لدى والديه، فإن عوّده الخير شاركه والده في ثوابه، وإن عوّده الشرّ عليه الوزر.

ويجب اتخاذ القدوة الحسنة في التعليم، فالأطفال يقلدون ويحاكون ويتأثرون بالقدوة، أكثر من النصح والإرشاد.

المطلب الثاني: الطفل في الشريعة:

يقصد بالطُفُولة:

المرحلة العمرية من الميلاد إلى البلوغ.

الطُفولةُ ـ الطُفُولةُ.

المعجم الوسيط ـ الجزء الثاني ص ٥٨٠ ـ دار عمران.

المطلب الثالث: الطفل في التربية:

ويطلق على مرحلة الطفولة مرحلة ما قبل المراهقة، وتصل إلى سن ١٢ سنة. وهي أنسب مراحل النمو للتطبع الاجتماعي.

ويطَّرِد النمو في الذكاء حتى سن الثانية عشرة وفي منتصف هذه المرحلة يصل الطفل إلى حوالي نصف إمكانيات نمو ذكائه في المستقبل[١].

(١) زهران، ١٩٨٥ م، ص ٢٣٩



المبحث الثاني

التعريف بمراحل الطفولة ـ ومظاهر ومطالب النمو

إن معرفة مطالب النمو واحتياجاته هامة في توجيه العملية التربوية، وتبين أيضاً مدى تحقيق الفعل لحاجاته، ومدى إشباع رغباته، مما يؤدي في النهاية إلى سعادة الطفل، ويؤدي إلى عدم تحقق تلك المطالب إلى شقاء الفرد/ الطفل وأحياناً إلى فشله.

المطلب الأول

مطالب النمو في فترة الحمل ـ من الإخصاب إلى الميلاد

نبدأ هذا المطلب بآيات قرآنية وأحاديث نبوية، لتلقي الضوء على النمو في مرحلة ما قبل الميلاد (مرحلة الحمل). في قوله تعالى: ﴿ هُوَ ٱلَّذِى يُصَوِّرُكُمْ فِى ٱلْأَرْحَامِ كَيْفَ يَشَآءُ ۚ لَآ إِلَٰهَ إِلَّا هُوَ ٱلْعَزِيزُ ٱلْحَكِيمُ ﴾ [سورة آل عمران، آية: ٦].

وقوله تعالى: ﴿ فَلْيَنظُرِ ٱلْإِنسَٰنُ مِمَّ خُلِقَ * خُلِقَ مِن مَّآءٍ دَافِقٍ * يَخْرُجُ مِنۢ بَيْنِ ٱلصُّلْبِ وَٱلتَّرَآئِبِ * إِنَّهُۥ عَلَىٰ رَجْعِهِۦ لَقَادِرٌ ﴾ [سورة الطارق، آيات: ٥ ـ ٨].

وفي الحديث: الحديث القدسي: «يا ابن آدم جعلت لك قراراً في بطن أمك، وغشّيت وجهك بغشاءٍ لئلا تنفر من الرحم، وجعلت وجهك إلى ظهر أمك لئلا تؤذيك برائحة الطعام، وجعلت لك متكأً ـ عن يمينك ومتكأً عن شمالك، فأمّا المتكأ الذي عن يمينك فالكبد، وأما الذي عن شمالك فالطحال، وعلمتك القيام والقعود في بطن أمك، فهل يقدر على ذلك غيري»؟.

البعد الزمني الذي تستغرقه هذه الفترة:

من الحمل: ٩ شهور ميلادية أو عشرة شهور قمرية، أو ٤٠ أسبوعاً، أو ٢٨٠ يوماً.

وتسمى مرحلة ما قبل الميلاد «مرحلة التأسيس» وهي مرحلة هامة في حياة الطفل لأن التغييرات التي تحدث فيها لها تأثيراتها في حياة الطفل فيما بعد.

النمو من الإخصاب حتى الميلاد:

عندما يصل الحيوان المنوي إلى البويضة يخترق الغلاف الخارجي لها، وتلتصق نواته بنواتها، وبذلك تتم عملية الإخصاب ـ خلال ثلاثة أيام بعد الجماع، وتتحد الخليتان وتكونان خلية ذات ٢٣ زوجاً من الصبغات.

وتتكاثر بالانقسام الذاتي إلى خليتين ثم إلى أربع ثم إلى ٨ ثم إلى ١٦ ثم إلى ٢٢... الخ[١].

في الشهر الثاني:

يلاحظ الزيادة المطردة في الحجم، ويلاحظ النمو السريع، وتتكون أعضاء الجسم والجهاز العصبي، ويبدأ نمو العظام والعضلات ويصل الطول إلى ٦ سم، ويصل حجم الرأس إلى نصف الجسم.

في الشهر الثالث:

يصل الطول إلى ٩ سم والوزن إلى ٣٠ جم وينمو سريعاً، وتنمو أعضاء التناسل عند الذكر ويبدأ نشاط الجسم عموماً في النمو.

بدايات الأسنان، والحبال الصوتية، ونشاط الجهاز الهضمي، والكبد يبدأ نشاطه وكذلك الكليتان، والعظام والعضلات تواصل النمو.

في الشهر الرابع:

يصل الطول إلى حوالي ١٢ سم والوزن إلى ٣٠٠ جم.

---

(١) زهران، ١٩٨٥، ص ٧٤، ٧٥.

وتبدأ سرعة النمو في الأجزاء السفلى ويتناقص حجم الرأس حتى يصل إلى ربع الجسم ـ يستقيم الظهر ـ تشكل اليدان والقدمان.

في الشهر الخامس:

يصل الطول إلى ٣٠ سم والوزن إلى ٥٠٠ جم ـ يظهر الشعر والأظافر ـ يصل حجم الرأس إلى ثلث الجسم.

في الشهر السادس:

تتحرك الأطراف بوضوح ـ تتفتح العينان ـ تنمو الرموش.

في الشهر السابع:

تمام النمو ـ يصل إلى درجة الطفل المولود ـ ويكون مستعداً للحياة ـ تمام نمو الجهاز العصبي الطول ٤٠ سم والوزن حوالي ١,٥ كجم.

في الشهر الثامن:

اكتمال كل أعضاء الجسم تكوين الشحم في كل الجسم ـ النشاط والحركة أكبر ـ إسراع دقات القلب ـ عمل أعضاء الهضم وإفرازاتها ـ تكون الرأس ربع الجسم ـ يصل الطول إلى ٥٠ سم والوزن ٣ كجم، استعداد الجنين إلى الحياة.

المطلب الثاني:

مطالب النمو في مرحلة المهد

أ ـ الوليد من الميلاد حتى أسبوعين:

يجب أن تعد الأم جسمياً ونفسياً ومعرفياً لهذه العملية. من مظاهر تلك الفترة:

يزداد نشاط وفعل الغدد الصمّاء.

خاصة الغدّة النخامية التي تفرز هرمون أوكستروسين (Oxytocin) الذي يساعد على انقباض عضلات الرحم مما يساعد على دفع الجنين إلى الخارج.

يحيط الطفل الوليد مؤثرات بيئية عديدة، سواء من البيئة الاجتماعية ـ أو الطبقة

الاجتماعية أو البيئة الحضارية أو الجغرافية، وكلها تسهم في عملية النمو الاجتماعي للطفل، في تشكيل شخصيته وتعيين أنماط سلوكه.

يعتمد الوليد اعتماداً كاملاً على الآخرين، فهو مخلوق ضعيف، إلاَّ أنه يملك بعض القوى التي حباه الله بها. مثل الحساسية لمطالبة الحيوية ـ كمال أجهزته واستعدادها للعمل في مباشرة للمحافظة على حياته.

(مظاهر النمو)

أولاً: النمو الجسمي:

يخرج الوليد من بطن أمه كامل التكوين من الناحية الجسمية، وأن أجهزته مستعدة للعمل فوراً.

مظاهـره:

يكون الجلد مجعداً ومغطياً بمادة شمعية دهنية تزول بعد عدة ساعات ويكون ضارباً للحمرة.

تكون الأطراف غير متماسكة أيضاً، وتكون العظام لينة، وعظم الرأس ظاهر. فيه اليافوخ (فجوة) لأن العظام غير متماسكة ولا تلتحم إلاَّ بعد سن الثانية، وتكون العضلات ضعيفة لا يسيطر عليها الوليد، ويكون الشعر ناعماً يغطي أجزاء الجسم، وتختلف نسب الجسم عن نسب جسم البالغ. حيث يكون الرأس كبيراً بالنسبة للجسم وحجم العينين نصف حجمها عند البالغ. ووزن الجسم (١ : ٢٠) من وزن جسم البالغ، ويكون الطول حوالي ٥٠ سم.

أما العظام فتكون غضروفية النسيج من طرية إلى صلبة فيما بعد، ويكون الوزن حوالي ٣ كغم.

ثانياً: النمو الفسيولوجي:

من الوظائف الفسيولوجية الهامة عند الوليد الأكل والنوم والإخراج.

مظاهره:

تكون ضربات القلب سريعة، أسرع منها عند الكبار، ثم تتناقص مع النمو،

فتصل عند الميلاد إلى ١٦٠ ضربة (دقة) في الدقيقة، بينما تصل عند الكبار إلى حوالي ٧٢ في الدقيقة ويكون ضغط الدم أضعف منه عند الكبار ثم يزداد مع النمو.

ويحتاج الوليد إلى الرضاعة كل ٤ ساعات، بينما يحتاج للتبرز كل أربع أو خمس ساعات، ويقضي معظم وقته في النوم، وتنخفض حرارة الجسم وينتظم التنفس وتقل سرعته أثناء اليوم. من ناحية المخ يكون وزنه حوالي ٢٥٪ من وزنه عند الرشد. وتكون خلايا الجهاز العصبي كاملة عند الميلاد، ولكن وظائفه العصبية لا تكون كاملة النمو.

الحاجات الفسيولوجية الهامة عند الوليد:

١ ـ الحاجة إلى الأكسجين: لذا يجب الاهتمام بالتنفس عند الولادة.

٢ ـ الحاجة إلى تنظيم الحرارة: لذا يجب على الأم أن تراعي ألا تزيد درجة الحرارة وألاَّ تقل عن حاجة الوليد.

٣ ـ الحاجة إلى النوم: يحتاج الوليد إلى أكثر من (٢٠) ساعة نوم في اليوم، وهذه فترات طويلة ويميل إليها ميلاً شديداً، فلا يصحوا إلاَّ للتغذية أو الإخراج.

٤ ـ الحاجة إلى الغذاء: يحتاج الوليد إلى (٨) رضعات في اليوم، ويتناقص هذا العدد مع النمو.

٥ ـ الحاجة إلى الإخراج: يكون الوليد غير قادر على السيطرة على عضلاته العاصرة المتحكمة في الإخراج.

ثالثاً: النمو الحركي:

تكون حركات الوليد عشوائية، تلقائية سريعة وغير منتظمة، ويقضي معظم وقته على ظهره، ويكون عاجزاً عن الجلوس والتنقل.

ويقوم الوليد بحركات انعكاسية مثل انعكاس المص والبلع، وانعكاس العطس والتنفس، وانعكاس القبض والتعلق بالأشياء، كل هذه الانعكاسات بدون الحاجة إلى تعلم.

ويلاحظ عليه الصراخ والحركة، وخاصة عندما يجوع ويحتاج إلى التبول والتبرز.

رابعاً: النمو الحسِّي:

تعمل جميع الحواس بانتظام وتؤثر البيئة في النمو الحسّي للوليد، يتلقى الوليد المثيرات الحسية، فأشعة الضوء تقع على عينيه، وتسجل على شبكتها وتنقلها إلى العصبان البصريان، لكن الاستجابة البسيطة، فالحدقة تضيق، وقد تعلق العينان، وبالتدريج تزداد الاستجابة تعقيداً.

مظاهره:

البصر:

هو أقل الحواس اكتمالاً وتستجيب العين للضوء الساطع وتتابعه، ويتحرك الرأس كله أولاً قبل أن تتحرك العينان، ويكون التآزر بين العينين ضعيفاً حتى آخر الشهر الثاني.

السمع:

يكون جهاز السمع تاماً عند الوليد، إلاَّ أنه يوجد في قناة استاكيوس، بالأذن، مما يمنع الوليد من الاستجابة السمعية، وعندما تزول تلك المادة يسمع الوليد الأصوات العالية والمتوسطة، ولا يسمع الأصوات المنخفضة.

ويتأثر الوليد بالمثيرات السمعية العالية، تؤدي به إلى حركات جسمية، كإغلاق الجفنين، وتغير معدل التنفس.

وتساعد الأصوات الهادئة على الاسترخاء.

الشَّم:

يكون جهاز الشَّم ضعيفاً وبدائياً، يستجيب الوليد للروائح القوية، ولا يميز الروائح الضعيفة.

الذَّوق:

أيضاً يكون ضعيفاً، ويكون الوليد حسَّاساً للمواد الحلوة والمرَّة، فهو يمص السوائل الحلوة، ويمتنع عن مص السوائل المُرة والمالحة.

الإحساسات الجلدية:

يكون اللمس عند الوليد قوياً مثل لمس شفتي الوليد لثدي أمِّه، أو لمس شفتيه باليد، تنتج عنه حركة المص ولمس الأنف الخفيف ينتج إغماض العينين، ويكون حسَّاساً للسخونة، والبرودة، والتي تزيد عن حرارة الجسم، أو تنقص عنها، ويلاحظ أن نشاط الوليد يزداد في الجو البارد، ويقل في الجو الدافىء.

الإحساس بالجوع والعطش:

يستجيب الوليد وعند الإحساس بالجوع والعطش، فيبدأ في البكاء حتى تستجيب الأم لإرضاعه.

الإحساس بالألم:

يكون ضعيفاً في الأسبوع الأول، ويزداد الشعور بالألم في الأسبوع الثاني، لذا ننصح بختان الوليد في الأسبوع الأول، لأن الإحساس بألم الذكر يكون ضعيفاً.

رابعاً: النمو العقلي:

تلعب البيئة دوراً هاماً في تحديد الصورة النهائية لذكاء الفرد، إلاَّ أن الوراثة تلعب الدور الأهم والأساس في تحديد إمكانيات نمو الذكاء عند الفرد، ولا تغفل المثيرات الأخرى كالحالة الاجتماعية والاقتصادية والانفعالية على النمو العقلي، وهي تمهد الطريق أمام العامل الوراثي.

خامساً: النمو اللغوي:

مظاهره:

الصُّراخ: يكثر الصراخ مع الجوع والقيء والتبلل والانفعال.

وهذا الصراخ هو تعبير عما يشعر به من ضيق وألم، يصدر الوليد أصواتاً عشوائية غير منتظمة ومتكررة دون سبب، هذه الأصوات تتعدل فيما بعد وتتشكل، وتعتبر المادة الخام للحروف والكلمات (أي هي لغة الطفل الآن).

سادساً: النمو الانفعالي:

تتمثل الانفعالات في السرور والغضب والفرح والحب والكره، إن الانفعالات

تعطي الوليد قوة دافعة للحياة.

مظاهره:

البكاء: ظاهرة عادية في تلك المرحلة، الخوف والغضب، مظاهر انفعالية ترتبط بالصراخ.

وتتأثر الانفعالات في: زيادة ضربات القلب، وزيادة ضغط الدم، واحتقان الوجه وسرعة التنفس، وانقباض عضلات المعدة، وازدياد التوتر العضلي، وإفراز هرمون الأدرينالين.

سابعاً: النمو الاجتماعي:

تعتبر الأم العامل الأهم في عملية التنشئة الاجتماعية للوليد، والتنشئة الاجتماعية هي عملية يتشكل من خلالها سلوك الفرد من خلال التفاعل الاجتماعي.

ب ـ مطالب النمو في مرحلة الرِّضاعة:

الرِّضاعة ـ (من أسبوعين إلى عامين).

قال الله تعالى: ﴿ ۞ وَٱلْوَٰلِدَٰتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَٰدَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ ۖ لِمَنْ أَرَادَ أَن يُتِمَّ ٱلرَّضَاعَةَ ۚ﴾ [سورة البقرة، آية: ٢٢٣].

تعتبر هذه المرحلة أهم مراحل نمو الطفل، لأنه يغرس فيها أسس نمو الشخصية فيما بعد.

فإذا كانت تلك الأسس مسلية كانت الشخصية سوية ومسلية.

وهي مرحلة الإنجازات الكبيرة، حين تشهد نمواً جسمياً سريعاً وتآزراً حسيّاً حركيّاً حيث يسيطر الرضيع على حركاته مثل (الجلوس والوقوف والحبو والمشي).

ويكتسب فيها الرضيع اللغة، ويتدرب عليها، ويتم في تلك المرحلة الفطام، حيث يتم الاعتماد على النفس نسبياً، ويتم فيها الاحتكاك الاجتماعي والنمو الانفعالي.

١ ـ النمو الجسمي:

يتم في هذه المرحلة زيادة تحكم الرضيع في جسمه، ويبدأ ظهور الأسنان في

الشهر السادس، حيث يرافق ذلك ارتفاع في درجة الحرارة والإسهال.

وتنمو العضلات في حجمها وليس في عددها، وتنمو القدرة على التحكم في العضلات الكبيرة بصفة خاصة.

ويزداد الطول زيادة مطردة، حيث يبلغ الطول ٦٠ سم وبعد أربعة أشهر، ٧٥ سم بعد ستة أشهر و ٨٥ سم بعد سنتين.

وتزداد العظام نمواً حجماً وعدداً مع النمو، كذلك يشهد الوزن زيادة مطردة في نهاية المرحلة.

وتختلف نسب الجسم عند الرضيع عنها عند الراشد، فيكون الرأس والوجه (ربع) الجسم، بينما في الراشد (ثمن) الجسم.

العوامل المؤثرة في النمو الجسمي في تلك المرحلة:

١ ـ تؤثر التغذية بصفة خاصة في نمو العظام.

٢ ـ تؤثر العوامل الاقتصادية أيضاً في النمو الجسمي بصفة عامة.

تطبيقات تربوية:

١ ـ يجب العمل على وقاية الأطفال من الأمراض وتنمية مناعاتهم المختلفة، وتحصينهم وتطعيمهم ضد الأمراض، وذلك بالتغذية الملائمة.

٢ ـ النمو الفسيولوجي:

ينمو الجهاز العصبي بسرعة كبيرة، فنجد المخ ينمو ويزداد وزناً من ٣٥٠ جم في المتوسط إلى حوالي ١٠٠٠ جم في المتوسط في نهاية السنة الثانية أي أنه يصل إلى ٣/ ٤ وزنه عند الراشد.

أما من ناحية الغدد الصمَّاء وإفرازاتها، فإن اضطرابها بالزيادة (أو النقص) يؤثر في النمو.

أمَّا الجهاز التنفسي: فيزداد في النمو في الحجم، حيث تزداد سعة الرئتين للهواء.

أمَّا من ناحية الجهاز الهضمي: نلاحظ أن معدة الرضيع صغيرة لذا نلاحظ أنه

يأخذ كميات صغيرة من الغذاء في عدة مرات، لأن معدته تفرغ بسرعة لذا يجب أن نتبع الرضاعة الطبيعية، لا الصناعية. لأن مع الرضاعة يمنح الطفل الحب والحنان.

أمَّا من ناحية الإخراج: فإن للرضيع القدرة على ضبط عملية التبرز أكثر من قدرته على ضبط عملية التبول. ويلاحظ في تلك المرحلة: كثرة النوم في البداية ثم تتناقص بالتدريج.

لذا يجب تعويد الرضيع عادات النوم الصحيحة وتخليصه من كل تعب أثناء النوم (أي مقلقات).

٣ ـ النمو الحركي:

تتمثل في التمكن التدريجي من ضبط حركة الجسم خاصة العضلات الإرادية.

ومن أهم مطالب النمو الحركي في هذه المرحلة (الحركة والجلوس والوقوف والحبو والمشي).

مظاهره:

يتحكم الرضيع في حركة رأسه ثم جذعه، ثم الأطراف، ويرفع الرضيع أجزاء جسمه، ثم يلي ذلك الجلوس ثم الوقوف (من أعلى إلى أسفل)، ويلي ذلك الحبو ثم المشي ثم الجري.

ويعتبر المشي أهم نواحي هذا النمو، وتتطور المهارات تبعاً لزيادة العمر.

وبذلك يزداد التآزر الحسي الحركي، وتزداد السيطرة على الحركات في السنة الثانية (المسك ـ الفتح ـ اللعب بالمكعبات).

ويلاحظ أن الرضيع يفضل استخدام يد على الأخرى والغالبية يستخدمون اليد اليمنى بينما البعض يستخدمون اليد اليسرى، ويستخدم البعض اليدين.

٤ ـ النمو الحسِّي:

من أهم ما يميز تلك المرحلة: هو سرعة نمو الوظائف الحسية.

مظاهره:

يستجيب الرضيع إلى الأشياء التي تحيط به والتي في جسمه، ومع مرور الزمن يتطور النمو الحسّي حسب الخبرات التي يمر بها الرضيع.

ناحية البصر:

يلاحظ أن الإدراك البصري يزداد وضوحاً، ويلاحظ أن طول البصر ظاهرة منتشرة عند الرضيع، وتستمر تلك الظاهرة حتى بداية الالتحاق بالمدرسة، ويستطيع الرضيع أن يدرك الألوان العادية في الشهر الثالث، ويستجيب للأضواء البراقة والأشياء اللامعة أيضاً.

السمع:

يستطيع الرضيع أن يميز درجات الصوت المختلفة، ويدرك الفرق بين الأصوات المتباينة في الشهر الرابع وما بعده، وفي الشهر الخامس يستطيع تحديد مصدر الصوت.

الشَّم:

تزداد استجابة الرضيع للمثيرات الشمية المختلفة في شكل ارتياح أو انزعاج.

الذوق:

يميز بين الحلو والمالح والمر والحامض ويفضل الحلو ويرمي بالمر.

لذا يجب أن نربي الحواس والعناية بها صحيحاً، لأن الحواس مهمة جداً للنمو اللغوي، وخاصة حاسة السمع.

٥ ـ النمو العقلي:

مظاهره:

لاحظ بياجيه (Piaget) أن الذكاء يكون حسَّياً حركياً، ويلاحظ سرعة النمو في الذكاء في هذه المرحلة.

فالذكاء هو القدرة العقلية العامة على إدراك العلاقات بين الأشياء والأفكار، والقدرة على حل المشكلات. وقد حدد جيزل (Gesell) معايير للنمو العقلي العام عند الطفل في هذه المرحلة يمكن الرجوع إليها والاستعانة بها في تحديد ذكاء الأطفال الرضع[١].

(١) ص ١٣٨ ـ علم نفس النمو د. حامد زهران ـ ١٩٨٥ عالم الكتب.

ويبدأ الرضيع في التعلم (وهو التغير في السلوك نتيجة الخبرة والممارسة الشخصية).

التعلم من الخبرات البسيطة التي اكتسبها والنشاطات والممارسات والتدريبات والمحاكاة التي اكتسبها من الوالدين والإخوة.

والتعلم يكون بسيطاً ونسبياً، وينمو من خلال المحاولة والخطأ.

التذكر:

يرتبط التذكر بالقدرة على استخدام الألفاظ، ويستطيع الأطفال الرضع تذكر الأشياء التي حدثت في هذه المرحلة، خاصة تلك التي يشتملها الانفعال السَّار، وينسى الخبرات التي يشملها الانفعال المؤلم.

ويتأثر النمو العقلي بالوسط الثقافي الأسري والعوامل الاقتصادية والحضارية، فكلما كانت تلك العوامل متوفرة كلما كان النمو العقلي أفضل.

٦ ـ النمو اللغوي:

اللغة هي وسيلة الاتصال الاجتماعي والعقلي، وهي مظهر من مظاهر النمو العقلي والحسي والحركي. والكلام صورة من صور اللغة، والكلام مزيج من التفكير والإدراك والنشاط الحركي.

مظاهره:

تبدأ مرحلة التقليد عند الرضيع للأصوات البشرية والتي يسمعها من يحيط به، تبدأ هذه المرحلة في الشهر التاسع. (مرحلة المعاداة) وهي تقليد أصوات الآخرين.

ومن مظاهر هذه (المناغاة) والتي تبدأ في الشهر الثالث تقريباً وتستمر إلى نهاية السنة الأولى.

يبدأ الرضيع النطق بالحروف الجوفية (أأ) ثم حروف الشفة (م م. ب ب) ثم يجمع بين الحروف الجوفية والشفتية (ماما بابا).

ثم يظهر الحروف السنية مثل (د. ت) ثم الحروف الأنفية مثل (ن) وهكذا.

وتظهر الكلمة الأولى في الشهر التاسع تقريباً إما عن ضعاف العقول فيتأخر ظهورها إلى ما بعد (٣٦) شهراً ثلاث سنين تقريباً.

أمّا مرحلة الكلمتين: فتأتي في السنة الثانية. (مرحلة النطق الحقيقي).

ملاحظة:

يرتبط النمو اللغوي بالذكاء، وسلامة الجهاز العصبي، وخصوبة البيئة الثقافية والاجتماعية ويلاحظ أن الاتصال اللغوي للرضيع يكون مع أمه أمّا مع أبيه فقليل.

٧ ـ النمو الانفعالي:

يتعلم الأطفال الرضع كلمات ليعبروا بها عن انفعالاتهم.

وتتوقف استجابة الرضيع الانفعالية على خصائص جسمه وتغذيته.

مظاهره:

تتطور الانفعالات وتتمايز تبعاً للمرحلة التي يمر بها الطفل.

ففي البداية: عند الميلاد يكون التهيج ثم يظهر الانشراح والانقباض ثم الغضب والتقزز والخوف ثم البهجة والعطف، وأخيراً الفرح. ويلاحظ ظاهرة السَّرف في الانفعال، فهو يضحك كثيراً ويبكي كثيراً.

ويكون الحب موجهاً نحو الأشخاص الذين يسرع لهم وخاصة الوالدين وأفراد الأسرة الذين يحيطون به.

ويكون الفرح: نتيجة الراحة الجسمية، ومع تقدم الرضيع في السن يزداد الفرح، ويعبر عنه بالضحك.

ويكون الخوف: عندما يشعر بالعقاب أو يعرف معناه ويظهر في البكاء والصياح أو التوقف عن النشاط أو اللجوء إلى حضن أمه.

أمّا الغضب: فيظهر بوضوح عندما يشعر بعدم الراحة الجسمية، أو شعر بالوحدة كأنه يترك في غرفة لوحده.

وإذا فقد شيئاً ما، فيعبر عن ذلك بالصراخ أو البكاء أو التمرغ على الأرض والرفس بقدميه.

ومن التطبيقات التربوية الهامَّة ما يلي:

١ ـ الاهتمام براحة الرضيع الجسمية وتغذيته.

٢ ـ الاهتمام بمشاعر الرضيع وتدريب انفعالاته.

٨ ـ النمو الاجتماعي:

في هذه المرحلة تكون اجتماعية الرضيع محدودة جداً.

مظاهره:

يظهر الرضيع استجابة اجتماعية في عامه الأول وخاصة الصف الأول منه، وخاصة للمحيطين به، فيمرح عند ملاعبته.

وفي نهاية العام الأول: تكون علاقاته الاجتماعية مع الكبار أكثر منها مع الصغار، وخاصة الوالدين والإخوة والأقارب، ويميز الغرباء عن الأسرة.

وفي العام الثاني: تزداد بيئته الاجتماعية اتساعاً، وتبدأ العلاقات الاجتماعية مع الأطفال إلاَّ أنه سرعان ما تشب النزاعات والشجارات على الألعاب، ويكون اللعب في هذه المرحلة فردياً لا تعاونياً يلاحظ نظرياً التصاق الرضيع بالأم، وهذا الالتصاق يعينه على النمو السليم. إذ يجد الرضيع عند التصاقه بأمه العطف والحنان (ويسمى الاتصال اللمسي بالأم). وخاصة عند هزه وملاعبته وتدليله) (مارجريت ربيل). وقد لوحظ أيضاً أن الأمهات المضطربات انفعالياً يعجزن عن تقديم أمومة سليمة لأطفالهن، مما ينعكس عليهم في صورة اضطرابات نفسية مثل السلبية والانطوائية والتهيب.

العوامل المؤثرة فيه:

يتأثر النمو الاجتماعي في هذه المرحلة بالجو الأسري المحيط بالرضيع والعلاقات الاجتماعية الخارجية.

وتتوقف علاقة نوع العلاقة الاجتماعية بين الرضيع وأمه على عدة أمور منها:

١ ـ شخصية الأم وسلوكها العام.

٢ ـ شخصية الطفل نفسه، ونموه العقلي والاجتماعي تتفاعل تلك العوامل مع بعضها تفاعلاً دينامياً. وتنتج العلاقات الاجتماعية أو النمو الاجتماعي.

ومن هذا المنطلق نستطيع القول بأن التربية والتنشئة الاجتماعية السيئة للرضيع داخل أسرته لها تأثيراتها السيئة والعكسية على شخصية الطفل، فيؤثر على صحته النفسية كثيراً.

مثال:

رضيع نشأ في حضن أمه وتربى تربية سوية، هل يكون نموه مثل رضيع تربى في أحضان الخادمات أو المربيات في الملاجىء.

طبعاً لا!!!.

لأن الرضيع في أسرته وفي أحضان أمه وأيدي إخوته يلقى من العطف والحنان والأمان أكثر بكثير من الرضيع الذي تربى في المؤسسات الاجتماعية فإنه يحرم من كل ذلك وينعكس ذلك على شخصيته وانفعالاته (حرمان انفعالي)[١].

١ ـ الإهمال ونقص الرعاية: يولدان عدم الشعور بالأمن ـ والسلبية ـ الخجل ـ العصبية ـ التمرد.

٢ ـ الحماية الزائدة: تولد عدم القدرة على مواجهة الواقع ـ الخضوع ـ كثرة المطالب ـ الأنانية ـ عدم الاتزان الانفعالي الخ.

٣ ـ التدليل: يولد الأنانية ـ عدم الشعور بالمسؤولية ـ رفض السلطة.. الخ.

٤ ـ انفصال الوالدين: يولد عدم الشعور بالأمن ـ العزلة ـ عدم الاستقرار.

٥ ـ الزواج غير السعيد: يولد القلق ـ التوتر ـ عدم الشعور بالأمن ـ الحرمان الانفعالي ـ اكتئاب.

٦ ـ اضطرابات العلاقات: يولد العداء ـ الكراهية بين الإخوة ـ عدم الشعور بالأمن ـ عدم الثقة بالنفس ـ النكوص.

وقد أثبتت الدراسات بأن الأسرة المضطربة لاتنتج إلا أطفالاً مضطربين.

لذا يجب مراعاة ما يلي تربوياً:

١ ـ يجب أن تقوم الرابطة بين الرضيع والوالدين قائمة على أساس متين، من

---

(١) زهران، جدول ١١ ص ١٥٢.

الحب المتبادل والعطف والحنان من قبل الوالدين.

٢ ـ زيادة الاتصال بين الرضيع وأفراد أسرته أو الآخرين، وهذا يزيد المحصول اللغوي عند الرضيع.

٣ ـ تشجيع الطفل الرضيع في ذلك السِّن على التفاعل الاجتماعي السليم في ضوء المعايير الاجتماعية والقيم السائدة في مجتمعه يؤدي إلى تنشئة اجتماعية سليمة.

٩ ـ النمو الجنسي:

يقول علماء التحليل النفسي بأن المشاعر الجنسية والطاقة الجنسية موجودة منذ الولادة، ولكنها تكون في حالة كمون اعتمد فيها (فرويد) على اللذة وإشباعها بطرق ومناطق مختلفة من الجسم.

وتسمى تلك المرحلة بالمرحلة الفمية Oralstage أي استثارة الشفاه ومنطقة الفم كما في التغذية ومص الإصبع.

مظاهره:

يكون الاهتمام بالجنس في تلك المرحلة مركزاً على الفم (مرحلة فميّة) والشرج واللعب بالأعضاء التناسلية.

ويجد الرضيع لذة في عملية الإخراج (المرحلة الشرجية) Anal Stage.

ويلاحظ ـ هنا ـ وفي تلك المرحلة: أن حب الاستطلاع ظاهرة لدى الرضيع.

لذا يجب مراقبة الرضيع أثناء عملية الإخراج والسيطرة عليها. لأن ذلك يؤثر في شخصيته فيما بعد اجتماعياً وانفعالياً، حيث إنه يجد لذة في الكشف عن أعضاء جسمه واحداً واحداً، وخاصة الأعضاء التناسلية، فغالباً ما تهيج تلك الأعضاء، فيركز الرضيع اهتمامه على تلك المنطقة، قد تؤدي في الكبر إلى انحراف جنسي.

الفطـــام:

مدة الرضاعة الشرعية عامان، إلا أن بعض الأمهات يقصرنها على عام، إلا أنه قد أشار بعض علماء علم نفس النمو. بأن الرضاعة الطويلة تضر بالطفل. لأن ذلك

يؤدي بالطفل إلى الاعتماد على أمه بدرجة كبيرة، مما يؤثر على انفعالاته تأثيراً سيئاً.

يشعر الطفل بالحرمان من اللذة التي كان يتمتع بها أثناء الرضاع عند حجب الثدي عنه.

لكن إذا كان الفطام في الوقت المناسب. فإن الفطام يتم بسهولة ويسر.

إذا كانت صحة الطفل الرضيع جيدة وشهيته مفتوحة، يحتاج الفطام إلى بطء وهدوء وصبر من جانب الأم. ويجب أن يكون تدريجياً، حتى لا تحدث أي مضاعفات انفعالية.

وإذا تم الفطام بقوة أو فجأة وبعنف فإن لذلك آثاره النفسية السيئة على الطفل، يصاحبه صدمة عاطفية أو عصبية مما يؤثر على شخصية الطفل فيما بعد لذا يجب أن تفهم الأم بأنه قد يصحب الفطام اضطراب انفعالي.

لذا يجب أن يتسم سلوكها بالهدوء والصبر والاتزان، وعدم القلق إزاء ما يصاحبه من صعوبات وانفعالات.

المطلب الثالث:

الطفولة المبكرة (٣، ٤، ٥، ٦ سنوات)[١]

سنوات الحضانة (ما قبل المدرسة)

النمو السريع (نمو الشخصية) ولكن سرعته أقل من سرعة المرحلة السابقة (فترة الرضاعة).

اتزان فسيولوجي، زيادة الميل إلى الحركة والشقاوة + النمو السريع في اللغة + تكوين مفاهيم اجتماعية + بداية نمو الذات + بروز الأنا الأعلى والفرق بين الصواب والخطأ.

(النمو الجسمي):

عموماً يزداد حجم: الرأس تصل في نهاية المرحلة إلى رأس الراشد، الأسنان

---

(١) زهران، ١٩٨٥ ص ١٦١ وما بعدها.

تستمر في الظهور وتكتمل الأسنان المؤقتة ويبدأ تساقطها لتظهر الدائمة.

تنمو الأطراف نمواً سريعاً، وكذلك الجذع بدرجة متوسطة، وكذلك الهيكل العظمي وتبدأ الغضاريف بالشمول إلى عظام ويسير النمو العضلي بمعدل أسرع مما قبل، مما يزيد الوزن.

يجب على الوالدين الاهتمام بصحة الطفل الجسمية والنفسية والاهتمام بتحصينه ضد الأمراض والاهتمام بتغذيته وعدم القلق بخصوص صغر حجم الطفل أو عن من هم في سنه. والاهتمام بالأسنان ونظافتها، تجنب الأطفال الحوادث التي قد تؤدي إلى حوادث أكبر.

النمو الحركي:

تعتبر هذه المرحلة مرحلة النشاط الحركي المستمر حركات غير منسجمة أو مترابطة أو متزنة في أول المرحلة يكاد النمو الحركي أول المرحلة ينحصر في العضلات الكبيرة إلى أن يسيطر الطفل على عضلاته الصغيرة بفضل التدريب المتقدم. يطرد التآزر الحركي الجسمي. اللعب في هذه المرحلة في جملته فردي.

يمر التعبير الحركي بالكتابة في عدة مراحل متتالية في مرحلة:

١ ـ الخطوط غير الموجهة حيث لا يستطيع بعد السيطرة على العضلات التفصيلية.

٢ ـ يلي ذلك مرحلة الحروف مع التوقف عند الانتقال من حرف إلى حرف.

٣ ـ ثم تأتي مرحلة الكلمات.

القدرة العقلية:

تكون القدرة العقلية العامة متأخرة التدريب والتعليم يساعد الطفل في اكتساب المرونة والاتزان في الحركة. النمو الحركي السوي ضروري للتوافق الاجتماعي السليم.

النمو الحسّي:

الإدراك الحسي للأشياء وعلاقاتها المكانية صعب، فلا يفرق الطفل بين

الاتجاهات اليمن أو اليسار أو بين ٢، ٦ أو ٧، ٨ . . . وهكذا وبعد تقدم العمر يتعلم الطفل الأشياء والاتجاهات يمين ويسار، أعلى وأسفل، ويستطيع إدراك الأشياء في علاقاتها المكانية ويعتمد طفل الثالثة في إدراكه على أشكال الأشياء أكثر مما يعتمد على ألوانها. أما طفل السادسة يعتمد أكثر على الألوان.

كذلك إدراك المسافات غير دقيق في أول الأمر. أما الأحجام، يستطيع طفل الثالثة أن يقارن بين الأحجام المختلفة الكبيرة والصغيرة، فالمتوسطة كذلك الأوزان فلا يستطيع الطفل إدراك الفرق الدقيق بينها.

أما الأعداد: ففي سن الثانية يستطيع الطفل أن يدرك ثنائية اليدين، والعينين والأذنين والقدمين وفي الثالثة يستطيع أن يعد من ١ ـ ٢٠ ويميز بين القلة والكثرة وفي الخامسة يدرك التساوي والتناظر والتماثل. وفي السادسة يستطيع أن يعد على أصابعه أو على أصابع الآخرين.

وعلى العموم إدراك الطفل في هذه المرحلة يتميز بالتمركز حول ذاته. من حيث البصر، يتميز بالطول وتسهل رؤية الكلمات الكبيرة، ويميز الطفل بين الألوان ويسميها، ويلاحظ أن أكثر الألوان عنده هي الأحمر فالأزرق.

النمو العقلي:

يطلق عليه في تلك المرحلة مرحلة السؤال، لكثرة أسئلة الطفل في تلك المرحلة وهي: ماذا؟ لماذا؟ متى؟ أين؟ كيف؟ ومن؟ الخ وقد يفهم الإجابات وقد لا يفهمها.

يقرر الباحثون أن ١٠ ـ ١٥٪ من حديث الطفل في تلك المرحلة يكون عبارة عن أسئلة. يكثر سلوك الاستطلاع والاستكشاف عن طفل الحضانة.

يتكون لديه مفاهيم عدة: عن الزمن، وعن المكان والاتساع، ومفهوم العدد حتى ٥ على الأقل في سن الخامسة، و ١٠ على الأقل في سن السادسة. كلها مفاهيم محسوسة وليست مجردة.

يقول بياجيه: (Piaget) إن الذكاء في تلك المرحلة وما بعدها يكون تصورياً يستخدم فيه اللغة بوضوح ويتصل بالمفاهيم والمدركات الكلية إلا أنه يلاحظ على

تلك المرحلة عدم مقدرة الطفل على تركيز الانتباه. وأما عن الذاكرة فيلاحظ زيادة التذكر المباشر، وخاصة العبارات المفهومة ويكون أيسر من العبارات الغامضة.

ويكون التفكير ذاتياً ويدور حول نفسه، ويبرز في تلك المرحلة التفكير الرمزي، إلا أنه خيالياً وليس منطقياً حتى يبلغ الطفل السادسة.

النمو اللغوي:

تنمو اللغة في تلك المرحلة بشكل أسرع تحصيلاً وتعبيراً وفهماً. يعبر به عن نفسه ويحصل به التوافق الشخصي والاجتماعي والنمو العقلي.

يحصل فيه عدد كبير من المفردات وفهمها بوضوح ويربطها مع بعضها البعض في جمل ذات معنى. يتحسن النطق ويختفي الكلام الطفلي مثل الجمل الناقصة والإبدال واللثغة وغيرها.

في سن ٣ سنوات: زيادة كبيرة في المفردات + صفات كبيرة + قواعد لغوية.

في سنة ٦ سنوات: يعرف معاني الأرقام + يعرف معاني الصباح وبعد الظهر والمساء والصيف والشتاء.

مرحلة التعبير اللغوي:

مرحلة الجمل القصيرة في العام الثالث: وتتكون من ٣ ـ ٤ كلمات وتكون سليمة من الناحية الوظيفية. مرحلة الجمل الكاملة في العام الرابع، وتتكون من ٤ ـ ٦ كلمات.

وتكون جملاً قصيرة وتامة الأجزاء. وتزداد صفة التجريد (مثل الكلب حيوان، واللبن، طعام) عملية التعلم مهمة جداً في نمو اللغة عند الطفل.

وأن عملية تعلم اللغة تقوم على المفاهيم الأساسية لنظرية التعليم مثل الارتباط والإنابة والتعزيز والتعميم والممارسة والدافعية).

وتؤثر الاضطرابات الانفعالية والاجتماعية تأثيراً سيئاً في النمو اللغوي، بينما يساعد جو الحب والحنان على النمو اللغوي السوي واهتمام الكبار والاطلاع الأطفال وسيادة الجو الثقافي في الأسرة.

كذلك العلاقة بين الطفل وأمه تؤثر في نموه اللغوي فإن كانت العلاقة سوية أدت إلى نمو سوي وإن كانت مضطربة أدت إلى نمو مضطرب كذلك العوامل الجسمية تؤثر في النمو اللغوي مثل سلامة جهاز الكلام أو اضطرابه وتساعد كفاءة الحواس مثل السمع على النمو اللغوي السوي وبالعكس تؤثر الاتجاهات الحسية تأثيراً سيئاً. وكذلك وسائل الإعلام: نجد أن الإذاعة والتلفزيون وغيرهما من وسائل الإعلام تفتح إثارة وتنبيهاً لغوياً أكثر وأفضل يساعد في النمو اللغوي. لذلك نجد أن الأطفال الدراسين يعانون من إهمال شديد يكونون أبطأ في تعلم الكلام، وقد يتأخر كلامهم ويضطرب. (قول: مكارثي) Mccarthy ١٩٤٥ م.

كذلك الحكايات والقصص: تؤثر على النمو اللغوي وقد وجد الباحثون أن الأطفال الأذكى يستفيدون لغوياً من الحكايات والقصص أكثر من الأطفال الأقل ذكاءً. وفق ما أشار إليه (بلانك وفرانك) (Balnk and Frank).

وتدل دراسات (بياجيه) على أن ٥٤٪ ـ ٦٠٪ من كلام الأطفال في سن ٣ ـ ٥ سنوات يكون مركزاً حول الذات. ويقل تمركز الكلام حول الذات من سن ٥ ـ ٧ سنوات حتى يصل إلى ٤٥٪ حيث يصبح الكلام بعد ذلك متمركزاً حول الجماعة.

تكون عيوب الكلام مثل تكرار الكلمات والتردد... الخ عادية حتى سن الرابعة تقريباً. ويتخلص الطفل فيما بين الرابعة والسادسة من عمره من هذه العيوب. لذا يجب على الوالدين والمربين تدريب الأطفال على الكلام يساعدهم على النمو اللغوي وذلك عن طريق القصص المحلية. وتقديم نماذج كلامية جيدة، والاهتمام بقائمة المفردات وطول الجملة وسلامتها، والإبانة وحسن النطق.

النمو الانفعالي:

ينمو السلوك الانفعالي تدريجياً في تلك المرحلة من ردود الفعل العامة نحو سلوك انفعالي خاص متمايز يرتبط بالظروف والمواقف والناس والأشياء.

ومن مظاهره: يزداد تمايز الاستجابات الانفعالية، وخاصة اللفظية تدريجياً محل الاستجابة الانفعالية الجسمية.

تتميز الانفعالات هنا بأنها شديدة ومبالغ فيها (غضب شديد، حب شديد، كراهية شديدة، غير واضحة وتتميز كذلك بالتنوع والانتقال من انفعال إلى آخر. من

الانشراح إلى الانقباض، ومن البكاء إلى الضحك، وهكذا... ويتركز الحب كله حول الوالدين.

وتظهر الانفعالات المركزة حول الذات: قبل الخجل والإحساس بالذنب، ومشاعر الثقة بالنفس والشعور بالنقص، ولوم الذات.. الخ. ويزداد الخوف ويقل نتيجة الشعور بالأمن والمقدرة على التحكم في البيئة، ومن أهم مخاوف الطفل الانفصال عن الوالدين.

وتزداد مثيرات الخوف عدداً وتنوعاً. فيخاف من الحيوانات والظلام والأشباح والفشل... وقد يستغرق الطفل القلق في أحلام اليقظة... وتميز أحلامه الليلية بالقلق والمخاوف أو قد يصاحبها البكاء.

لذا يجب على الوالدين والمربين مراعاة ما يلي:

* أهمية توفير الشعور بالأمن والثقة والكفاية والانتماء والسعادة عند الطفل.

* أهمية تعليم الطفل ضبط الانفعالات في هذه السن المبكرة.

* خطورة كبت الانفعالات مما يهدد الصحة النفسية.

* نذكر من العقاب وخاصة العقاب البدني.

لأن ذلك يؤدي إلى الكف عن السلوك غير المرغوب فيه، ويؤدي في نفس الوقت إلى الخنوع أو إلى الثورة، وتعلم سلوك جديد أفضل، ولا يكون ذلك إلا عن طريق الثواب وتعزيز السلوك الأنضج.

* خطورة نبذ الطفل أو الإعراض عنه.

* الثبات في معاملة الطفل وعدم التذبذب بين الثواب والعقاب.

* توزيع الحب والعطف والرعاية بين الأطفال في الأسرة حتى لا تتولد الغيرة بينهم.

وهذا ظاهر في حديث الرسول ﷺ سووا بين أولادكم حتى في القُبل. وروي عن الرسول ﷺ أنه نظر إلى رجل له أبناء فقبل أحدهما وترك الآخر فقال الرسول «فهلا سويت بينهما».

النمو الاجتماعي:

أهم مطالب النمو الاجتماعي في هذه المرحلة؛ أن يتعلم الطفل كيف يعيش مع نفسه، وكيف يعيش في عالم يتفاعل فيه مع غيره من الناس ومع الأشياء.

تستمر عملية التنشئة الاجتماعية في الأسرة وتستمر دائرة العلاقات والتفاعل الاجتماعي في الأسرة ومع جماعة الرفاق ابتداءً من العام الثالث. ينمو الوعي والإدراك الاجتماعي عندما يبدأ الطفل يتمسك ببعض القيم الأخلاقية والمبادىء والمعايير الاجتماعية تنمو الصداقة بينه وبين الآخرين مع بعض التحفظ.

ويحب الطفل أن يساعد والديه وأن يساعد الآخرين ويحرص الطفل على المكانة الاجتماعية، حتى أنه يهتم بجذب انتباه الآخرين الراشدين. يتلون سلوك الطفل في الثالثة بالأنانية، يهتم بذاته ولا يهتم بالآخرين.

ويميل إلى المنافسة وتبدأ في الظهور في الثالثة وتبلغ ذروتها في الخامسة. ويميل إلى العناد وتكون ذروته حتى العام الرابع وينمو الاستقلال في بعض أموره: مثل تناول الطعام واللبس ومن أهم سمات النمو الاجتماعي:

١ ـ التوافق مع ظروف البيئة الاجتماعية، وتقبل المعاني التي حددها الكبار للمواقف الاجتماعية.

٢ ـ اضطراب السلوك إذا حدث صراع أو تذبذب في معاملة الكبار.

٣ ـ القلق من فقد الرعاية إذا بدأ سلوكه الاجتماعي غير لائق.

٤ ـ ترحيب الطفل (تحفيظ) باللعب الجماعي (جماعات محدودة).

المطلب الرابع

الطفولة الوسطى[١]:

من (٧، ٨، ٩ سنوات) المرحلة الابتدائية، الصفوف الثلاثة الأولى تتضمن هذه المرحلة:

---

(١) زهران، ص ١٩٨٥، ص ٢٠٦ وما بعدها.

١ ـ اتساع الآفاق العقلية والمعرفية، وتعلم المهارات الأكاديمية في القراءة والكتابة والحساب.

٢ ـ تعلم المهارات الجسمية اللازمة للألعاب وألوان النشاط الأخرى.

٣ ـ إطراد وضوح فردية الطفل واكتساب اتجاه سليم نحو الذات.

٤ ـ اتساع البيئة الاجتماعية والخروج الفعلي إلى المدرسة.

٥ ـ زيادة الاستقلال عن الوالدين.

النمو الجسمي:

هذه مرحلة النمو الجسمي البطيء المستمر بينما يقابله النمو السريع للذات (جوردون ١٩٦٢).

مظاهره:

١ ـ التغير يكون في النسب الجسمية أكثر منها مجرد في زيادة الحجم.

٢ ـ تبدأ سرعة النمو الجسمي في التباطؤ.

٣ ـ يصل حجم الرأس إلى حجم رأس الراشد.

٤ يتغير الشعر الناعم إلى أكثر خشونة.

٥ ـ أما عن الطول: فنجد أنه في منتصف هذه المرحلة (عند الثامنة) يزيد طول الأطراف حوالي ٥٠٪ عن طولها في سن الثانية. بينما طول الجسم نفسه يزيد في هذه الفترة بحوالي ٢٥٪ فقط. تتساقط الأسنان اللبنية وتظهر الأسنان الدائمة يزداد الطول بنسبة ٥٪ في السنة ويزداد الوزن بنسبة ١٠٪ في السنة، تعتبر الطفولة المتوسطة مرحلة تتميز بالصحة العامة وتؤثر المشكلات الصحية وبعض التغذية وتأخر النمو الجسمي في التحصيل الدراسي والتوافق المدرسي ويعوق النشاط وفرص التعلم وفرص اللعب.

النمو الفسيولوجي:

يزداد ضغط الدم ويتناقص معدل النبض ويزداد طول وسمك الألياف العصبية وعدد الوصلات بينها وتقل عدد ساعات النوم بالتدريج.

النمو الحركي:

تنمو العضلات الكبيرة والعضلات الصغيرة ويحب الطفل العمل اليدوي، وتركيب الأشياء وامتلاك ما تقع عليه يداه.

ويلاحظ النشاط الزائد وتعلم المهارات الجسمية والحركية اللازمة للألعاب مثل لعب الكرة، وألوان النشاط العادية كالجري والتسلق والرفس.. الخ. ويحاول الطفل أن يعمل الكثير لنفسه، يحاول أن يلبس ملابسه بنفسه ويرعى نفسه ويشبع حاجاته بنفسه ويستطيع الطفل الكتابة، ويلاحظ أن كتابته تبدأ كبيرة ثم يستطيع بعد ذلك أن يصغر خطه.

ويزداد رسم الطفل وضوحاً، ليستطيع أن يرسم رجلاً، ومنزلاً وشجرة، ويحب الرسم بالألوان، ويستخدم الطين في تشكيل أشكال أكثر دقة من تلك التي كان يستطيع تشكيلها في المرحلة السابقة. لذا يجب على الوالدين والمربين مراعاة ما يلي:

١ ـ رعاية النمو الحركي وتنمية إمكانياته عن طريق التدريب المستمر.

٢ ـ تنظيم ممارسة الألعاب الجماعية للأطفال الكسولين.

٣ ـ إعداد الطفل للكتابة وذلك بتعويده مسك القلم والورقة ورسم أي خطوط من بادىء الأمر ثم تعليمه رسم الخطوط المستقيمة الرأسية ثم الأفقية، وذلك قبل البدء في الكتابة.

٤ ـ أن يكون الفناء واسعاً يسمح بالحركة والنشاط.

٥ ـ أن تكون المقاعد مصممة بحيث تتيح حرية الحركة الجسمية.

٦ ـ ألا يتضايق المدرس من كثرة حركات الأطفال في الفصل لأن نشاطهم الحركي زائد بحكم مرحلة النمو.

النمو الحسّي:

ينمو الإدراك الحسّي عن المرحلة السابقة ـ فيلاحظ في إدراك الزمن (الفصول

الأربعة) في سن السابعة، وفي سن الثامنة يدرك شهور السنة، ويدرك المدى الزمني للدقيقة والساعة والأسبوع والشهر.

ويزداد نمو إدراك المسافات أكثر في المرحلة السابقة، وتزداد قدرته على إدراك الأعداد فيتعلم العمليات الحسابية الأساسية (الجمع ثم الطرح في سن السادسة ثم الضرب في سن السابعة، ثم القسمة في سن الثامنة. ويستطيع الطفل إبدال أشكال الحروف الهجائية.

فيلاحظ أن مثل سن الخامسة يتعذر عليه أن يميز بين الحروف الهجائية المختلفة، ومع بداية المدرسة الابتدائية تظهر قدرته على التمييز بين الحروف الهجائية المختلفة، الكبيرة المجموعة ويستطيع تقليدها.

إلا أنه يخلط في أول الأمر بين الحروف المتشابهة مثل (ب، ت، ث، ج، ح، خ، د، ذ، ر، ز، س، ش، ص، ض، ط، ظ، ع، غ)، ويستمر السمع في طريقة إلى النضج إلا أنه ما زال غير ناضج تماماً. وتكون حاسة اللمس قوية ـ أقوى منها عند الراشد.

تعتبر الطريقة الكلية؛ في تعليم القراءة أنسب في هذه السن من الطريقة الجزئية، فالطفل في هذه السن يشبه الفنان (إدراك كلي) أكثر مما يشبه العالم (إدراك جزئي).

والطريقة الكلية طريقة طبيعية تسير مع طبيعة عملية الإدراك ونموها. فالإنسان إذا رأى شيئاً جديداً انشغلت حواسه وعقله بالصورة العامة الكلية لهذا الشيء أولاً، ثم أخذ في تبين الأجزاء والتفاصيل المميزة بالتدرج، الطفل يدرك كلمة (بابا) قبل أن يدرك أجزاءها ب. ا. ب. ا (محمد خليفة، وآخرون، ١٩٥٩) ويستطيع وصف الصور تفصيلاً ويدرك بعض العلاقات فيها.

على الآباء والمربين مراعاة ما يلي:

١ ـ الاعتماد في التدريس على حواس الطفل، وتشجيع الملاحظة والنشاط واستعمال الوسائل السمعية والبصرية في المدرسة على أوسع نطاق.

٢ ـ رعاية النمو الحسّي واستخدام الحواس في خبرات مناسبة.

٣ ـ توسيع نطاق الإدراك عن طريق الرحلات إلى المتحف والمعارض وغير ذلك.

ويمكن للمدرس أن يحسن دقة الإدراك عن طريق تنمية دقة الملاحظة، وإدراك أوجه الشبه والاختلاف بين الأشياء ودقة إدراك الزمن والمسافات والوزن والألوان.

٤ ـ أن تكون كتب القراءة مصورة وخطها كبيراً.

النمو العقلي:

أهمية وأثر اليوم الأول أو الأيام الأولى في المدرسة، حين تتم بالفعل عملية الانتقال من المنزل إلى المدرسة حيث حياة جديدة وخبرات جديدة، وتلعب المدرسة في حياة الطفل دوراً هاماً حيث تعلمه، أنماطاً كثيرة من السلوك الجديد والمهارات الأكاديمية وتوسع حصيلته الثقافية، وتمكنه من ممارسة العلاقات الاجتماعية تحت إشرافها وتوجيهها.

تظهر في ذلك الوقت بعض المشكلات السلوكية مثل التعلق بالوالدين والبكاء عندما يتركونه، أو يحاولون العودة إلى المنزل، لذا يجب على الوالدين أو أحدهما البقاء مع الطفل مدة ١/٣ ساعة في بداية اليوم لأن ذلك يخفف من ردود الفعل الانفعالية للانفصال عن الأم.

مظاهره:

نمو سريع في العقل، يتعلم الطفل المهارات الأساسية القراءة (ناحية تحصيل) ويهتم التلميذ بمواد الدراسة ويحب الكتابة والحساب، ويحب الكتب والقصص.

أهداف تعليم اللغة العربية:

يهدف تعليم اللغة العربية في المدرسة الابتدائية إلى تحقيق نمو التلاميذ من حيث: القدرة على الانطلاق في القراءة، والقدرة على الكتابة الصحيحة، والقدرة على فهم ما يسمعه أو يقرؤه، والقدرة على التعبير الشفوي والتحريري. وتنمية ثروات التلاميذ اللغوية، وتزويدهم ما يحتاجون إليه من الألفاظ المختلفة والأساليب المتنوعة.

أهداف تعليم المبادىء الرياضية العامة:

١ ـ القدرة على تكوين المفاهيم الحسابية والمصطلحات والمبادىء الرياضية العامة.

٢ ـ وفهم المعلومات الاجتماعية والاقتصادية واستخدامها.

٣ ـ المهارة في إجراء العمليات الحسابية الأساسية وفهم الحقائق وحفظها.

٤ ـ استنتاج نتائج من المقدمات والمعلومات.

٥ ـ حل المسائل والتعود على التفكير الرياضي في المواقف الكمية وربط العمليات بالمواقف التي تتطلبها.

يطرد نمو الذكاء، وينمو التذكر، ويتدرج من التذكرة الآلي إلى التذكر والفهم، يتذكر الطفل ٥ أرقام في سن ٧ سنوات، وتزداد قدرة الطفل على الحفظ، يحفظ حوالي ١٠ أبيات من الشعر في سن السابعة و ١١ بيتاً في سن الثامنة، و ١٣ بيتاً في سن التاسعة.

ويزداد مدى الانتباه ومدته وحدته، إلا أن طفل السابعة ما زال لا يستطيع تركيز انتباهه في موضوع واحد مدة طويلة.

وينمو التفكير، من تفكير حسيّ نحو التفكير المجرد وتفكير لفظي مجرد، تفكير في معاني الكلمات، يميل طفل السابعة إلى أن يجيب عن بعض الأسئلة المنطقية البسيطة، ويميل إلى التصميم السريع، وينمو التفكير الناقد. وفي نهاية المرحلة يلاحظ انقياد الطفل للآخرين (حساس لنقدهم).

وينمو التخيل من الإيهام إلى الواقعية والإبداع والتركيب وينمو اهتمام الطفل بالواقع والحقيقة.

وينمو حب الاستطلاع عند الطفل ـ يهتم بحب الاستطلاع الجديد ويزداد كلما كانت مشاعر الوالدين نحوه، إيجابية ويميل إلى الاستماع إلى الحكايات والقصص والاستماع إلى الراديو ومشاهدة التلفزيون والسينما.

من ناحية نمو المفاهيم يلاحظ أن الطفل ما زال متمركزاً حول ذاته، وما زالت

معظم مفاهيمه غامضة وبسيطة وتحدث تغيرات هامة نلخصها:

١ ـ التقدم من المفاهيم البسيطة نمو المفاهيم المعقدة.

٢ ـ التقدم من المفاهيم غير المتمايزة نحو المفاهيم المتمايزة.

٣ ـ التقدم من المفاهيم المتمركزة حول الذات نحو المفاهيم الأكثر موضوعية.

٤ ـ التقدم من المفاهيم المادية والمحسوسة والخاصة نمو المفاهيم المجردة والمعنوية والعامة.

٥ ـ التقدم من المفاهيم المتغيرة نحو المفاهيم الأكثر ثباتاً.

العوامل المؤثرة في النمو العقلي.

تؤثر الخلفية الاقتصادية والاجتماعية للأسرة والمدرسة ووسائل الإعلام تأثيراً واضحاً في النمو العقلي.

مثلاً: يؤدي المستوى الاجتماعي والاقتصادي المنخفض مع ثبات العوامل الأخرى ـ إلى إعاقة نمو الذكاء ـ وخاصة عند الأطفال ذوي القدرات المتوسطة والمنخفضة.

ويلاحظ أن سلوك الإنجاز التحصيلي يشجعه ويدعمه التعزيز الاجتماعي (المدح والثناء لطبقة خاصة) بل إن التعزيز الاجتماعي يعتبر أحد أهداف الأطفال، ويسعون إلى تحقيقه عن طريق سلوك الإنجاز (ستاين Stien ١٩٦٩).

وتؤكد الدراسات الحديثة: أن النمو العقلي يرتبط بالنمو الاجتماعي والانفعالي. فالأطفال الذين يظلون يعتمدون على والديهم يكون تقدمهم العقلي أقل من أولئك الذين يستقلون اجتماعياً وانفعالياً.

كذلك الأطفال الذين يعانون من القلق يكون تحصيلهم ونموهم العقلي أضعف من رفاقهم الذين لا يعانون من القلق (راردن ومون Rardin and Moan ١٩٧٦).

ملاحظات:

غالباً ما يكون معلم المرحلة الأولية امرأة فهي بديلة للأم، ويستجيب لها أكثر من الرجل.

الواجبات المنزلية:

يجب أن تكون مناسبة لاستعداد الأطفال وإمكانياتهم العقلية واتجاهات والديهم أو مربيهم نحو العملية التربوية.

يجب أن يكون الهدف من الواجبات المنزلية؛ تعزيز وإثراء ما يحصله الطفل في المدرسة ووصل المدرسة بالمنزل، ويجب أن تتنوع الواجبات فلا تكون مجرد حل تمرينات، ولكن يجب أن تشمل على زيارات ومناقشات، ومتابعة البرامج التلفزيونية التعليمية.

ويجب أن يقدم الوالدان المساعدة للطفل، وأن يعملا على تهيئة الظروف المناسبة له. ويجب أن تكون طريقة الوالدين مماثلة لطريقة المدرس حتى لا يتشتت الطفل بين طرق شتى.

ولا يجب على الوالدين عمل الواجب نيابة على الطفل أو تعويده عمل الواجب وهم بجواره.

التحصيل:

التحصيل مظهر من مظاهر النمو العقلي، وتدل الدراسات حول هذا الموضوع على أن التحصيل يرتبط بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي، فإذا تساوت العوامل الأخرى (مثل حجم الأسرة، وترتيب الأفراد، وأعمار الوالدين)، فإن الأفراد في الطبقات الأعلى يكون تحصيلهم أعلى من تحصيل الأفراد في الطبقات الأدنى.

ملحوظة:

تختلف اختبارات التحصيل عن اختبارات الذكاء في إنشائها واستعمالها. اختبارات التحصيل تقيس مدى تعلم الطفل لأشياء معينة، بينما اختبارات الذكاء تستخدم عينات معينة من التحصيل كدليل على مدى قدرة الطفل على التعلم عند مستوى معين من الصعوبة.

وتفيد اختبارات التحصيل في تشخيص حالة الطفل وتوجيهه في المدرسة.

النمو اللغوي:

مظاهره:

يدخل الطفل المدرسة وقائمة مفرداته تضم أكثر من ٢٥٠٠ كلمة، وتزداد المفردات بحوالي ٥٠٪ عن أي قبل في هذه المرحلة.

وتتميز هذه المرحلة. بمرحلة الجمل المركبة الطويلة، ولا يقتصر الأمر على التعبير الشفوي بل يتعداه إلى التعبير التحريري.

أما عن القراءة:

يلاحظ أن استعداد الطفل للقراءة يكون موجوداً قبل الالتحاق بالمدرسة، وتتطور القدرة على القراءة بعد ذلك إلى التعرف على الجمل وربط مدلولاتها بأشكالها، ثم تتطور بعد ذلك مرحلة القراءة الفعلية التي تبدأ بالجملة فالكلمة فالحرف.

وعملية القراءة عملية مركبة معقدة تعتمد على الحركة والتفكير ويلاحظ أنه عدد الكلماتُ التي يستطيع أن يقرأها الطفل في الدقيقة تزداد مع النمو، وأن سرعة القراءة الجهرية تزداد مع انتقاله من صف دراسي إلى الصف الذي يليه، وكذلك القراءة الصامتة تزداد مع النمو. ويستطيع الطفل في هذه المرحلة تمييز الترادفات واكتشاف الأضداد.

لذا يجب على الوالدين والمربين مراعاة ما يلي:

١ ـ تشجيع الأطفال على الكلام والتحدث والتعبير الحر الطليق.

٢ ـ مراعاة الاستعمال الصحيح للكلمات عن طريق تنمية عادة الاستماع والقراءة.

٣ ـ الاكتشاف المبكر لأمراض الكلام مثل اللجلجة والتهتهة واللثغة والفأفأة.. الخ.

النمو الانفعالي:

يلاحظ أن النمو الانفعالي ينتقل نحو الثبات والاستقرار الانفعالي، إلا أنها لا تصل إلى مرحلة النضج الانفعالي.

وتتكون العواطف والعادات الانفعالية فرح، حب، وتتحسن علاقاته الاجتماعية والانفعالية مع الآخرين. ويقاوم النقد، يميل إلى نقد الآخرين.

النمو الاجتماعي:

تكون طاقات الطفل على العمل الاجتماعي في سن السادسة محدودة، وغير واضحة، ويكون مشغولاً ببديله الأم (المدرسة).

وتزداد دائرة الاتصال الاجتماعي ويزداد تشعبها، والطفل في هذه المرحلة مستمع جيد.

يتوقف سلوكه الاجتماعي على نوع شخصيته التي نمت نتيجة لتعلمه الماضي في المنزل وفي البيئة المحلية ودار الحضانة ويكون اللعب جماعياً ـ وتكثر الصداقات، ويزداد التعاون بين الطفل ورفاقه في المنزل والمدرسة، وتكون المنافسة، وتميل الزعامة إلى الثبات النسبي.

المطلب الخامس

(المرحلة الابتدائية) الصفوف الثلاثة الأخيرة

الطفولة المتأخرة[1]:

(١٠، ١١، ١٢ سنة) ـ المرحلة الابتدائية ـ الصفوف الثلاثة الأخيرة. مرحلة قبيل المراهقة يصبح السلوك أكثر جدية وهي بحق مرحلة إعداد للمراهقة.

وتتميز:

١ ـ بطء معدل النمو بالنسبة لسرعته في المرحلة السابقة والمرحلة اللاحقة.

٢ ـ تعلم المهارات اللازمة لشؤون الحياة، وتعلم المعايير الخلقية والقيم وتكوين الاتجاهات، والاستعداد لتحمل المسؤولية، وضبط الانفعالات.

* وتعتبر تلك المرحلة أنسب المراحل لعملية التطبيع الاجتماعي.

---

(١) زهران، ص ١٩٨٥، ص ٢٣٣ وما بعدها.

* تعتبر المرحلة شبه منسية وذلك لزيادة الاهتمام بسابقاتها ولاحاقاتها من مراحل النمو.

النمو الجسمي:

تستطيل الأطراف ويتزايد النمو العضلي، وتكون العظام أقوى من ذي قبل. وتتابع ظهور الأسنان الدائمة تظهر في السنوات من ١٠ ـ ١٢ ثماني أضراس أمامية أولى تحل محل الأضراس المؤقتة وتظهر كذلك أربعة أنياب تحل محل الأنياب المؤقتة. ويشهد الطول زيادة ٥٪ في السنة ويشهد الوزن زيادة ١٠٪ في السنة.

النمو الفسيولوجي:

يستمر ضغط الدم في التزايد حتى بلوغ المراهقة بينما يكون معدل النبض في تناقص؟ ويزداد تعقد وظائف الجهاز العصبي، وتزداد الوصلات بين الألياف العصبية ولكن سرعة نموها تتناقص عن ذي قبل.

وفي سن ١٠ سنوات يصل وزن المخ إلى ٩٥٪ من وزنه النهائي عند الراشد. وتقل عدد ساعات النوم حتى يصل إلى ١٠ ساعات في المتوسط في هذه المرحلة.

النمو الحركي:

تعتبر المرحلة مرحلة النشاط الحركي الواضح تشاهد زيادة واضحة في القوة والطاقة. تكون الحركة أسرع وأكثر قوة، ويتحكم فيها بدرجة أفضل. يصرف طاقته في ركوب الدراجة، والمطاردة والجري، والعوم والألعاب الرياضية المنظمة.

يميل الطفل إلى كل ما هو عملي، فيبدو وكأن الأطفال (عمال صغار) وينمو التوافق الحركي، وتزداد الكفاءة والمهارة وتتم السيطرة التامة على الكتابة.

* وتؤثر البيئة الثقافية والجغرافية في نشاط الطفل الحركي.

* ويظهر ذلك في أنواع الألعاب والمباريات.

* ويؤثر المستوى الاجتماعي والاقتصادي ونوع المهنة في الأسرة في نوع النشاط الحركي للأطفال.

* يلاحظ أن الطفل في هذه المرحلة لا يكل ولكنه يمل.

لذا يجب على الوالدين والمربين مراعاة ما يلي:

١ ـ استغلال هذه المرحلة في التدريب على المهارات الحركية.

٢ ـ الاهتمام بالتعليم عن طريق الممارسة.

٣ ـ تشجيع الأطفال على الحركة، وتنويع نشاطهم الحركي وتوجيهه.

النمو الحسّي:

يتطور الإدراك الحسّي وخاصة إدراك الزمن ـ يتحسن إدراك المدلولات الزمنية والإحساس بمدى فتراته، ويزداد طول البصر وتزداد دقة السمع، وتتحسن الحاسة العضلية بإطراد حتى سن ١٢ سنة.

تطبيقات تربوية:

١ ـ أهمية الوسائل السمعية والبصرية لأنها ذات فائدة بالغة في العملية التربوية.

٢ ـ أهمية النماذج المجسمة التي تتيح للطفل فرصة الإدراك البصري واللمس.

النمو العقلي:

مظاهره:

يطرد نمو الذكاء حتى سن الثانية عشرة وفي منتصف هذه المرحلة يصل الطفل إلى حوالي نصف إمكانيات نمو ذكائه في المستقبل.

وتنمو مهارة القراءة، ويحب القراءة في هذه المرحلة، يقرأ الجرائد ذات الخط الصغير. وتتضح تدريجياً القدرة على الابتكار، ويعرف جيلفورد Guilford ١٩٦٦ م. الابتكار بأنه التفكير والعمل المبدع الجديد غير العادي.

يستمر التفكير المجرد في النمو، ويقوم على استخدام المفاهيم والمدركات الكلية، يستطيع التقييم وملاحظة الفروق الفردية.

ويزداد مدى الانتباه ومدته وحدته، وتنمو الذاكرة نمواً مضطرداً، ويكون التذكر عن طريق الفهم (يتذكر ٦ أرقام في سن ١٠ سنوات) ويستطيع التخيل الواقعي الإبداعي.

ويزداد استعداد الطفل لدراسة المناهج الأكثر تقليداً وتقدماً. ويزداد لديه حب الاستطلاع. ويلاحظ النقد الموجه إلى الكبار والنقد الذاتي.

النمو الانفعالي:

يحاول الطفل التخلص من الطفولة والشعور بأنه قد كبر. وتعتبر هذه مرحلة الاستقرار والثبات الانفعالي وتسمى هذه المرحلة/ مرحلة الطفولة الهادئة.

ويلاحظ ضبط الانفعالات ومحاولة السيطرة على النفس وعدم إفلات الانفعالات. ويتضح الميل للمرح ويفهم النكتة ويطرب لها وتنمو الاتجاهات الوجدانية. ويحاط الطفل ببعض مصادر القلق والصراع، ويستغرق في أحلام اليقظة، وتقل مخاوف الأطفال وخاصة من الأشباح والظلام واللصوص. تؤثر الضغوط الاجتماعية تأثيراً واضحاً في النمو الانفعالي.

ويلاحظ بعض الأعراض العصبية أو العادات والأزمات والكذب.

لذا يجب مراعاة أهمية التوافق الانفعالي، ومساعدة الطفل في حل الصراعات أولاً بأول بنفسه.

النمو الاجتماعي:

يزداد احتكاك الطفل كجماعات الكبار، واكتسابه معاييرهم واتجاهاتهم وقيمهم، وتزداد عملية التنشئة الاجتماعية، فيعرف المزيد عن المعايير والقيم والاتجاهات الديمقراطية والضمير ومعاني الخطأ والصواب، ويهتم بالتقييم الأخلاقي للسلوك.

ويزداد تأثير جماعة الرفاق، ويكون التفاعل الاجتماعي مع الأقران على أشده، ويشوبه التعاون والتنافس والولاء والتماسك. ويبدأ تأثير النمط الثقافي العام، وتنمو فردية الطفل ويزداد الشعور بالمسؤولية والقدرة على الضبط الذاتي للسلوك. ويقل الاعتماد على الكبار ويطرد نمو الاستقلال.

المبحث الثالث
العوامل التي تؤثر في النمو

المطلب الأول: الوراثة:

الوراثة هي انتقال السمات من الوالدين إلى أولادهما. وهي تتمثل في العوامل الداخلية التي كانت موجودة عند الإخصاب، وتعتبر الوراثة عاملاً هاماً يؤثر في النمو من حيث صفاته ومظاهره ونوعه ومداه، وزيادته ونقصانه ونضجه وقصوره.

وتنتقل الخصائص الوراثية للطفل من والديه عن طريق المورثات (الجينات) التي تحملها الصبغات (الكروموسومات) التي تحتويها البويضة الأنثوية المخصبة من الحيوان المنوي الذكري. بمعنى أنه يمكن تبين الخصائص الجسمية للأطفال عن طريق معرفة الخصائص التي نعرفها عن الوالدين.

ومن الصفات الوراثية لون العينين وعمى الألوان، ولون الجلد، ولون ونوع الشعر، وفصيلة الدم، وشكل الجسم. ونلاحظ أن بعض الأمراض تنتقل بالوراثة.

المطلب الثاني: البيئـة:

وتشمل العوامل المادية والاجتماعية والثقافية والحضارية.

أ ـ البيئة الاجتماعية؛ تشكل الفرد (الطفل) وتحوله إلى شخصية اجتماعية.

ب ـ الطبقة الاجتماعية؛ يكتسب الطفل أنماط ونماذج سلوكه وسمات شخصيته نتيجة تفاعله مع غيره من الناس، من خلال التنشئة والتطبيع الاجتماعي.

تبدأ بالوالدين، وتستمر من خلال الصحبة والرفاق والإخوة في المدرسة وفي الحي والمجتمع، وكذلك وسائل الإعلام ودور العبادة.

جـ ـ وكذلك البيئة الحضارية والبيئة الجغرافية لها تأثيراتها في النمو.

وعلى العموم، كلما كانت البيئة صحية ومتنوعة كان تأثيرها حسناً وفاعلاً في النمو. وكلما كانت البيئة غير ملائمة أثرت تأثيراً سيئاً على النمو.

الوراثة والبيئة:

لا يمكن فصل تأثير الوراثة والبيئة على شخصية الفرد (الطفل) إلا في الناحية النظرية. بمعنى أن العوامل البيئية والوراثية تفاعلت وتعاونت على تحديد صفات الطفل.

وقد شبهها بعض الكتاب أن الشخصية كتاب تعاونت في كتابته الوراثة والبيئة بحيث أصبح من الصعب أن نعرف أي فصل كتبته الوراثة وأي فصل كتبته البيئة.

المطلب الثالث: الغدد والهرمونات: (التكوين العضوي):

كذلك يؤثر جهاز الغدد في تنظيم النمو ووظائف الجسم. وللغدد وإفرازاتها (الهرمونات) تأثيراً واضحاً في عملية النمو (ستانفورد ١٩٦٢) ومن المعروف أن التوازن في إفرازات الغدد يجعل من الطفل شخصاً سليماً نشطاً.

ويؤدي اضطرابات الغدد إلى مرض نفسي وردود فعل سلوكية مرضية مثل: إحساس الفرد بالنقص والإحباط وعدم الأمن.

المطلب الرابع: (الاتزان الغذائي):

يعتمد الطفل على الغذاء في نموه وبناء جسمه، وتجديد الطاقة التي يحتاجها الطفل لذا يجب أن يكون الغذاء كاملاً أي كافياً ومتنوعاً. كربوهيدرات + مواد دهنية + بروتينات + أملاح وفيتامينات).

فالغذاء غير الكامل يؤدي إلى أمراض خاصة، ويؤدي إلى عدم قدرة الجسم على تحقيق إمكانيات نموه، ويؤدي إلى الهزال ولين العظام ونقص النشاط، ويؤدي إلى اضطراب النمو بصفة عامة.

وهذا له آثاره على مستوى التحصيل، وكذلك تؤدي الانفعالات إلى اضطراب عملية الهضم، وتحد من استفادة الجسم من الغذاء، وتفقد الطفل الشهية إلى الطعام.

وكما يؤدي نقص الغذاء إلى آثار ضارة بالجسم، فإن الإفراط في الغذاء يؤدي إلى آثار لا تقل عن آثار النقص.

المبحث الرابع

القوانين العامة للنمو:

للنمو مبادىء أساسية وحقائق ثابتة وقوانين عامة وخصائص واتجاهات، إذا فهمها الوالدان، سهل عليهم التعاون مع الاتجاه الطبيعي للنمو، وأهم تلك القوانين والمبادىء والاتجاهات ما يلي:

المطلب الأول: النمو عملية مستمرة ومتدرجة:

النمو عملية دائمة ومتصلة منذ بداية الحمل حتى البلوغ وكل مرحلة تتوقف على ما قبلها، وتؤثر فيما بعدها. ويصحب تلك العملية تغيرات كمية وعضوية ووظيفية هامة. فالطفل يزداد وزنه كلما زادت سني عمره بل شهوره كما أن جهازه العصبي يزداد أيضاً تعقيداً، وكذلك جميع أعضاء الجسم تزداد حجماً وتنمو وظيفياً. وقد أشار جيزل (Gesell) إلى ذلك فإن كل طفل يجلس قبل أن يقف ويناغي قبل أن يتكلم وهكذا.

المطلب الثاني: النمو يسير في مراحل:

يسير النمو في مراحل يتميز كل منها بسمات خاصة واضحة، إلا أننا من الصعب أن نميز بين نهاية كل مرحلة وبداية المرحلة التي تليها، إلا أن الفروق تصبح واضحة بين منتصف كل مرحلة والمرحلة السابقة والمرحلة اللاحقة.

المطلب الثالث:

كل مرحلة من المراحل لها سماتها الخاصة التي تميزها إذ إننا نلاحظ في اللعب مثلاً. إن لعب الرضيع يختلف في نوعيته وأسلوبه عن لعب الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة وهكذا.

المطلب الرابع: سرعة النمو ليست على وتيرة واحدة:

بل نلاحظ أن سرعة الطفل قبل الميلاد هي تكون كبيرة، ومعدلها أيضاً أكبر، ومن المراحل اللاحقة.

إلا أنها تبطىء نسبياً بعد الميلاد. إلا أنها تظل سريعة في مرحلة الرضاع، ومرحلة الطفولة المبكرة، ثم تستقر السرعة نسبياً في الطفولة الوسطى والمتأخرة.

ثم تحدث تغيرات سريعة وقوية في مرحلة المراهقة، لدرجة أن علماء النفس والنمو سموها (مرحلة الولادة الثانية) إلاَّ أنها تستقر نسبياً في آخر مرحلة المراهقة.

المطلب الخامس: مظاهر النمو تسير بسرعات مختلفة:

لكل مظهر من مظاهر النمو سرعته الخاصة به فيختلف معدل النمو من مظهر إلى آخر.

فإننا نرى أن أعضاء الجسم تختلف حجماً من مرحلة إلى أخرى، وكذلك أن الوظائف العقلية لا تنمو بسرعة واحدة.

مثال:

أ ـ **الجمجمة**: تنمو بأقصى سرعتها في مرحلة ما قبل الميلاد، ثم تهدأ تلك السرعة بعد الميلاد.

ب ـ **المخ**: يصل تقريباً إلى حجمه النهائي بين ٦ ـ ٨ سنوات.

جـ ـ الأعضاء التناسلية تنمو ببطء طول فترة الطفولة ثم تسرع فتصل إلى الحجم النهائي (مرحلة النضج) في مرحلة المراهقة.

المطلب السادس: الفروق الفردية واضحة في النمو:

يختلف الأطفال من حيث سرعة النمو كماً وكيفاً. فكل فرد ينمو بطريقة وأسلوب خاص به، كما أن لكل طفل مواعيده الخاصة في النمو، ويختلف معدل النمو من طفل لآخر، كما أن العلماء لاحظوا أن الفروق الفردية في النمو تظل ثابتة نسبياً في مراحل النمو المختلفة.

المطلب السابع: النمو يسير من العام إلى الخاص ومن الكل إلى الجزء:

لاحظ العلماء أن الأطفال عموماً يستجيبوا استجابات عامة ثم تتخصص تلك الاستجابات وتتفرع وتصبح أكثر دقة فيما بعد.

نلاحظ في حركة الطفل مثلاً: أنه يتحرك بكل جسمه إذا أراد أن يصل إلى شيء ما. ثم باليدين ثم بيد واحدة، ثم بالكف كله، ثم بأصبعين. كذلك عندما ينظر إلى الأشياء التي حوله: ينظر نظرة عامة قبل أن ينتبه إلى مكوناتها وأجزائها.

كذلك في اللغة وبدايات الكلام: يستخدم الطفل كلمة (بابا) للدلالة على أي رجل يقع نظره عليه. وكلمة (ماما) للدلالة على كل امرأة يقع نظره عليها. وبعد ذلك عند تدرجه في العمر يستطيع أن يمايز بين الأفراد وهكذا.

ويتدرج ذلك على كل من النمو العقلي والنمو الحركي والانفعالي والاجتماعي الخ.

هذه أهم قوانين النمو ومبادئه الأساسية.



المبحث الخامس

السَّوية : Normality

مفهوم السواء والشذوذ مفهوم نسبي، أي أنه لا يوجد حد قاطع بين ما هو سوي وما هو شاذ ونعتبره حداً مميزاً.

المطلب الأول: تعريف:

هي القدرة على توافق الفرد مع نفسه ومع بيئته، والشعور بالسعادة وتحديد أهداف وفلسفة سليمة للحياة يسعى لتحقيقها.

والسلوك السوي: هو السلوك العادي ـ أي المألوف والغالب على حياة غالبية الناس.

والشخص السوي: هو الشخص الذي يتطابق سلوكه مع سلوك الشخص العادي، في تفكيره ومشاعره، ونشاطه يكون سعيداً ومتوافقاً شخصياً وانفعالياً واجتماعياً.

اللاسوية : (الشذوذ) Abnormality

تعريف: هي الانحرافات عما هو عادي، والشذوذ عما هو سوي.

واللاسوية: هي حالة مرضية فيها خطر على الطفل نفسه أو على المجتمع تتطلب التدخل لحماية الطفل أو المجتمع.

والشخص اللاسوي: هو الشخص الذي ينحرف سلوكه عن سلوك الشخص العادي في تفكيره ومشاعره ونشاطه، ويكون غير سعيد وغير متوافق شخصياً وانفعالياً واجتماعياً.

ويُقصد بفئة الأفراد غير العاديين، والتي تنطوي تحت مظلة التربية الخاصة الفئات التالية:

١ ـ الموهبة والتفوق.

٢ ـ الإعاقة العقلية.

٣ ـ الإعاقة البصرية.

٤ ـ الإعاقة السمعية.

٥ ـ الإعاقة الانفعالية.

٦ ـ الإعاقة الحركية.

٧ ـ صعوبات التعلم.

٨ ـ اضطرابات النطق واللغة.

وقد يجد الدارس لموضوع التربية الخاصة مصطلحات تدل على فئة الأفراد غير العاديين مثل مصطلح الأطفال المعاقين Handicapped child ويعكس هذا المصطلح فئات الأفراد غير العاديين السابقة فيما عدا فئة الموهوبين، كما قد يكون المناسب التمييز هنا بين مصطلحي الأفراد غير العاديين Exceptional Individnal ومصطلح الأفراد غير الأسوياء Abnormal Individnal.

إذ يقصد بالثاني: تلك الفئة من الأفراد التي تعاني من الأمراض النفسية أو العقلية.

وتهتم التربية العامة بالأفراد العاديين في حين تهتم التربية الخاصة بفئات الأفراد غير العاديين.

وتتبنى التربية العامة وسائل تعليمية عامة في المواد المختلفة في حين تتبنى التربية الخاصة وسائل تعليمية خاصة بفئات الأفراد غير العاديين[1].

آيات قرآنية في السوية قال الله تعالى: ﴿أَفَمَن يَمْشِي مُكِبًّا عَلَىٰ وَجْهِهِۦٓ أَهْدَىٰٓ أَمَّن يَمْشِي سَوِيًّا عَلَىٰ صِرَٰطٍ مُّسْتَقِيمٍ﴾ [من سورة الملك، آية: ٢٢].

قال الله تعالى: ﴿فَسَتَعْلَمُونَ مَنْ أَصْحَٰبُ ٱلصِّرَٰطِ ٱلسَّوِيِّ وَمَنِ ٱهْتَدَىٰ﴾ [من سورة طه، آية: ١٣٥].

---

(١) د. فاروق الروسان ـ سيكولوجية الأطفال غير العاديين ـ الجامعة الأردنية ـ ١٩٨٩ م.

وقال أيضاً: ﴿فَأَرْسَلْنَآ إِلَيْهَا رُوحَنَا فَتَمَثَّلَ لَهَا بَشَرًا سَوِيًّا﴾ أي تام الخلق.

وقال أيضاً: ﴿وَلَنُسْكِنَنَّكُمُ ٱلْأَرْضَ مِنۢ بَعْدِهِمْ ۚ ذَٰلِكَ لِمَنْ خَافَ مَقَامِى وَخَافَ وَعِيدِ﴾ [من سورة إبراهيم، آية: ١٤].

هذا في ذكر الخوف.

وقال أيضاً: ﴿وَلِمَنْ خَافَ مَقَامَ رَبِّهِۦ جَنَّتَانِ﴾ [من سورة الرحمن، آية: ٤٦].

لقد حث الدين الإسلامي الحنيف على التمسك بالأخلاق الفاضلة، وحسن السلوك، وفعل الخير، وهذه الآيات تبرز الأخلاق الفاضلة والسوية عند المسلمين مثل: الوسطية والاعتدال ـ حسن الخلق ـ التواضع ـ والصدق والأمانة ـ الشكر ـ الحلم ـ الأناة ـ الرفق ـ والمحبة ـ الجود والكرم ـ وحفظ اللسان.

المطلب الثاني: معايير السوية واللاسوية:

للسوية واللاسوية معايير عدة منها.

١ ـ المعيار الذاتي:

حيث يتخذ الطفل من ذاته إطاراً مرجعياً، يرجع إليه في الحكم على السلوك بالسوية واللاسوية.

٢ ـ المعيار الاجتماعي:

حيث يتخذ من مسايرة المعايير الاجتماعية أساساً للحكم على السلوك السوية أو اللاسوية.

فالسوي هو المتوافق اجتماعياً، واللاسوي هو غير المتوافق اجتماعياً.

٣ ـ المعيار الإحصائي:

حيث يتخذ المتوسط أو المنوال أو الشائع معياراً يتمثل السوية، وتكون اللاسوية هي الانحراف عن هذا المتوسط بالزائد أو الناقص (بالزائد نعني المتفوق، والناقص يقصد به الشاذ).

٤ ـ المعيار المثالي:

حيث تعتبر السوية هي المثالية أو الكمال أو ما يقرب منه، اللاسوية هي

الانحراف عن المثال الأعلى أو الكمال.

المطلب الثالث: السلوك العادي والسلوك غير العادي:

السلوك العادي: يقصد به النفسيون السلوك الصحي، والسلوك غير العادي؛ يقصد به النفسيون السلوك المرضي.

المطلب الرابع: أساليب تحديد السلوك العادي:

يتحدد السلوك العادي بالأساليب الآتية:

١ ـ الأسلوب الإحصائي.

٢ ـ المعايير الاجتماعية.

شرح الأسلوب الإحصائي:

يلجأ إليه العاملون في الدراسات النفسية لأنه يضمن درجة من الموضوعية أكبر من تلك التي تنطوي عليها الأساليب الأخرى.

أ ـ وتقوم بقياس صفة من الصفات التي تصف الأفراد سواء من الجانب الجسمي أو الجانب العقلي أو الانفعالي مثل: الطول والوزن، لكن السمات السيكولوجية لا يمكن أو من الصعب إخضاعها لهذا المنهج.

ب ـ نقوم برسم العلاقة بين درجات هؤلاء الأفراد، وإعداد كل من حصلوا على هذه الدرجات، ويتمثل ذلك على المنحنى الاعتدالي (الانحراف المعياري) والمتوسط الحسابي ويلاحظ أن معظم الأشخاص يتجمعون في منتصف المنحنى بنسبة ٢/ ٣ تقريباً ويفترض من وجهة النظر الإحصائية أنهم أشخاص أسوياء.

شرح المعيار الاجتماعي:

ويقصد بالسلوك العادي هو ما يتفق مع المعايير الاجتماعية في مجتمع معين، أو هو ما اتفقت عليه الجماعة.

ويعتبر الوسط الاجتماعي الذي يتحرك فيه الفرد هو المقياس الذي يحكم على الشذوذ أو السواء ويعتبر أولمان وكراسنر (١٩٦٩) من المنادين باستخدام هذا المحك.

ويتناول أولمان وكراسنر (١٩٦٩) مشكلة الموافقة الاجتماعية والعادية، فيذكر أن ما يثير الحذق والإحباط عند فرد ما هو عدم قدرته على التنبؤ بسلوك فرد آخر.

ويرى أولمان وكراسنر - أنها يجب أن يؤخذ في الاعتبار عند تحديد عادية السلوك أو غير العادية ثلاثة عوامل هي:

أ - السلوك ذاته.

ب - إطاره الاجتماعي.

جـ - فرد أو جهة في مركز قوة يقوم بالملاحظة.

ونلحظ في المجتمع العالمي أن العادات والاتجاهات التي تعتبر سوية في جماعة حضارية، قد تعتبر شاذة في أخرى.

صفات يجب أن تتوفر في الشخص العادي حتى تتلافى عيوب المحكّات السابقة.

وهي:

١ - أن يتقبل الطفل ذاته، ويشعر بالأمن.

٢ - أن تكون المسافة بين مستوى طموحه وإمكاناته مناسبة (اتصال فعال بالواقع).

٣ - أن تكون لديه درجة من المرونة مناسبة في علاقته مع الآخرين. (تكامل وثبات في الشخصية).

٤ - أن يتسم بدرجة مناسبة من الاتزان الانفعالي.

٥ - أن ينجح في إقامة علاقة اجتماعية مع الآخرين.

٦ - تلقائية مناسبة.

٧ - رغبات حسية غير مبالغ فيها مع القدرة على إشباعها بصورة مقبولة[١].

المطلب الخامس: فرضيات السلوك:

١ - السلوك الإنساني سلوك هادف لكل سلوك يسعى الفرد إلى تحقيقه،

---

(١) تأليف - والترج. كوفيل - الأمراض النفسية - د. كوستيلو، فابيان ل. روك - ترجمة د. محمود الزبادي. مكتبة سعد رأفت جامعة عين شمس.

ويحتوي الهدف على تلبية احتياجات الفرد البيولوجية والنفسية والاجتماعية.

٢ - السلوك الإنساني سلوك مسبب، وقد يكون السبب ظاهراً واضحاً ومختفياً.

٣ - السلوك الإنساني متعدد الأسباب.

٤ - السلوك الإنساني عملية مستمرة، فكل سلوك جزء أو حلقة من سلسلة متكاملة مستمرة وتندرج حلقاتها باستمرار.

٥ - يشمل السلوك الإنساني الفرد ككل فكل جزء من الإنسان يتأثر بالآخر.

٦ - الإنسان عضو في مجتمع كبير - يتأثر بثقافة مجتمعه وحضارته.

وتلك القوى الاجتماعية تؤثر في أساليب وأنماط سلوكه.

٧ - لكل فرد شخصية متميزة.

وتلك الشخصية هي نتاج تفاعل بين حاجات الفرد ورغباته وخبراته والبيئة التي يعيش فيها[١].

المطلب السادس: الخصائص السلوكية للشخصية السَّوية:

للشخصية مميزات عدة منها[٢]:

١ - القدرة على التحكم في الذات:

إذا زادت قدرة الطفل على التفكير الموضوعي، بحيث يستطيع أن يتنبأ بنتائج الأحداث قبل وقوعها كلما ازدادت قدرته على الضبط والتحكم في سلوكه.

٢ - تحمل المسؤولية وتقديرها:

الشخص السوي هو الشخص الذي تعتبر نفسه مسؤولاً عن أعماله، ويتحمل تلك المسؤولية عن طيب خاطر.

٣ - التعاون:

يستطيع الشخص السوي أن يحقق اعتماد الناس بعضهم على بعض، لأن ذلك حاجة ضرورية لحياة الأفراد.

---

(١) د. سيد عبد الحميد - النفس البشرية - سلسلة دراسات نفسية إسلامية ص ٩٩ القاهرة.

(٢) د. محمد عماد الدين اسماعيل - الشخصية والعلاج النفسي - ص ١٣٢ - ص ١٤٩.

٤ ـ الثقة المتبادلة :

الشخص السوي هو الذي يستطيع أن يقيم علاقات وُد ومحبة مع الآخرين، ويكون ذلك مع أساس الثقة المتبادلة.

٥ ـ الإنسانية :

الإنسان مدين لله بوجوده وقدرته على الكلام والحركة، لذا يجب أن تسهم الشخصية الإنسانية السوية في خدمة الإنسانية، ويكون ذلك في حدود إمكانياتها.

٦ ـ الديمقراطية :

الشخص السوي هو الشخص الديمقراطي، فالديمقراطية هي العناية بالآخرين والاهتمام بهم، وإيجاد علاقات مثمرة مع أي شخص.

ويجب أن يحتاط القارىء عند فحص تلك المحكات، ويعلم أنها مستويات نسبية، فليس من الواجب أن تتوفر تلك المحكات جميعها في الشخص الواحد، أي أنه ليس من المتوقع أن يكون الشخص السوي نموذجاً كاملاً في كل منها.

فقد يكون متخلفاً في واحد أو أكثر من تلك المحكات (الخصائص) لكن إذا كان متخلفاً في كثير من هذه الخصائص أو ضعيفاً بشدة في واحد أو اثنين منها، فإنه في هذه الحالة شاذاً.

المطلب السابع : آراء تحدد معالم الشخصية السَّوية وخصائصها:

١ ـ محاولة روجرز ـ مؤسس مدرسة الإرشاد النفسي المتمركزة حول العميل.

ويلخصها فيما يلي :

أ ـ أن يكون الشخص متفتحاً، ومتقبلاً لخبراته، أيّاً كان نوعها ـ بمعنى أنه يجب أن يسعى إلى إدراك خبراته الداخلية مهما كانت غير سارة.

ب ـ أن يعيش الإنسان بقناعة ذاتية ـ بأن كل جانب من الخبرة يعني شيئاً جديداً.

جـ ـ أن يجد الشخص في تركيبه وسيلة موثوقاً به للوصول إلى السلوك الأكثر إشباعاً في مواقف الحياة الواقعية.

هذه الخصائص والصفات تجريبية وليست صورية قبيل التمني قد وصل إليها روجرز من واقع خبرته وتجاربه الإكلينيكية C. Rogers: Client - Centered therapy, .Boston. Houghton - Mibblin 1951) Ch II

٢ ـ ويرى سوليفان: Hsuilvan: The Interpersonal theory of Psychicatry
.Newyork Norton 1953) PP 110 - 111

يرى أن الشخص يعبر عن الشخصية السوية إلى المدى الذي يصبح فيه واعياً بعلاقاته الشخصية المتبادلة، ويعني ذلك أن الشخص يحقق الشخصية السوية. إذا كانت معتقداته عن نفسه وعن الآخرين دقيقة. ومن خلال المعتقدات والمعلومات الدقيقة يستطيع الشخص أن يحصل على إشباع ورضاً وأمن دائمين. يراها سوليفان: (كفايات وأهدافاً رئيسية للسلوك).

ويعني سولفان بالإشباع: إلى إشباع الحاجات البيولوجية، ويرمز للأمن: إلى الحصول على استجابات من الآخرين حاملة لمعاني المحبة والمكانة والتقدير منهم للشخص.

٣ ـ ويرى فروم: F. from: man for Himselt (New-york: Holt 1947). PP.
.82 - 106

يرى فروم: أن الشخصية السوية تتحقق إلى المدى الذي يظهر فيه الشخص اتجاهاً منتجاً، والاتجاه المنتج هو طريقة الفرد لإشباع حاجاته بطريقة أفضل، بمعنى أن الإنتاجية عبارة عن إنتاج الأشياء والظروف الضرورية للنمو والسعادة وصاحب الشخصية المنتجة قادر على استخدام مهاراته ومعلوماته مما يؤدي إلى إنتاج كل ما هو ضروري لجعله سعيداً متمتعاً بصحة سليمة.

٤ ـ أوضحت كارين هورني: K. Horny: Heuross and Human Growth
.New-york: Norton 1950): Ch. 1

أوضحت هورني: أن علاقة الشخص بذاته الحقيقية هي أساس الشخصية السوية، والصحة النفسية السليمة والشخص المنفصل عن ذاته غير سوي.

أما الشخص الذي يعرف ذاته ويحس بمشاعره وإرادته ويقر بمسؤوليته تجاه تصرفاته، ويعبر عن شخصيته سوية.

٥ ـ ويرى آدلر: A. Adler: under standing Human Nature, New-york:
.Geerberge[1] 1929), pp 30 - 32

(١) مُرسي ـ ص ١٠٣ ـ مرجع سابق.

اعتبر آدلر: أن الشعور الاجتماعي - مؤشر للشخصية السوية، ويرمز الشعور الاجتماعي إلى الشعور بالتوحد مع البشر، وصاحب الشخصية غير السوية بالنسبة لآدلر هو الذي يكرس كل طاقاته للحصول على القوة ليخلص نفسه من مشاعر النقص، ويدفع هذا التعويض الشخص إلى التنافس مع الآخرين بدلاً من سعيه للحصول على تعاونهم معه ومحبتهم إياه.

٦ - اعتبر «مازلو»: أن الشخص المحقق لذاته يتميز بشخصية سوية ويرمز «تحقيق الذات» إلى عملية تحقيق القوى الكامنة الفطرية في الشخص.

وفي رأيه أن الشخص لا يستطيع تحقيق ذاته حتى يكون لديه رصيد من إشباع حاجاته الأساسية، وإذا ما أشبعت هذه الحاجات تماماً، فإنه يستطيع أن يوجه طاقاته لمهمة «تحقيق الذات« كالإنتاج العلمي، والعمل الفني، أو العمل التنظيمي.

وحدد «مازلو» خصائص يتصف بها الشخص المحقق لذاته.

وتتلخص في الآتي:

١ - أن يدرك الواقع والتوافق معه.

٢ - تقبل الذات والآخرين.

٣ - التلقائية.

٤ - الإحساس برسالته في الحياة.

٥ - الاستقلال الذاتي.

٦ - الشعور بالانتماء والتوحد مع بني الإنسان.

٧ - العلاقات الشخصية العميقة المتبادلة.

٨ - التمييز بين الوسائل والغايات.

٩ - الإبداع والابتكار.

١٠ - الحاجة إلى الخلوة الذاتية من حين إلى آخر.

٧ - لفت «رانك» الأنظار إلى الخلق والإبداع، كأساس للسلوك السوي والشخص الذي يظهر روحاً خلاقة، هو الذي يتقبل إرادته وفرديته ويؤكدها كما أنه لا يخاف التجديد خشية الاختلاف ومع الآخرين Rank: Will therapy and Truth, and Reality, (New-York: knopf 1945) PP 111 - 112.

الفصـــل الثانـي

المبحث الأول
السلوك الإنساني

المطلب الأول
تعديل السلوك

أ ـ تعريف تعديل السلوك:

١ ـ هو أي إجراء يستخدم لتغيير السلوك (تعريف عام).

(الخطيب ١٤١٥ هـ/ ١٩٩٥ م)

٢ ـ يشتمل على تعديل الظروف البيئية والاجتماعية وإعادة تنظيمها بهدف تغيير السلوك الظاهر، وليس تغيير عمليات نفسية داخلية.

(تعريف كازدن ١٩٧٤ م)

٣ ـ أنه محاولة تغيير السلوك الإنساني وفق قوانين نظرية التعلم.

(تعريف إيزنك ١٩٦٤)

٤ ـ تعريف يتبناه المؤلف:

ينص على: أن تعديل السلوك هو العلم الذي يشتمل على التطبيق المنظم للأساليب التي انبثقت عن القوانين السلوكية، وذلك بغية إحداث تغيير جوهري ومفيد في السلوك الأكاديمي والاجتماعي.

(بهذا تعريف كوبر وهدون وهيوارد ١٩٨٧)

وهذا العلم يشتمل على تقديم الأدلة التجريبية التي توضح مسؤولية الأساليب

التي تم استخدامها عن التغير الذي حدثَ في السلوك.

ويعتبر تعديل السلوك امتداداً للبحث المخبري المعروف باسم التحليل السلوكي التجريبي الذي وضعه عالم النفس الأمريكي ب ـ ف سكنر. جمال الخطيب ـ مرجع سابق ص ١٣، ١٤، ١٥، ١٦.

المطلب الثاني

ب ـ مصطلحات ومفاهيم:

١ ـ **السلوك**: هو كل الأفعال والنشاطات التي تصدر عن الفرد ظاهرة كانت أم غير ظاهرة.

فلا بد أن يأخذ هذا التعريف بعين الاعتبار التفاعل بين الفرد والبيئة، وأن التفاعل عملية متواصلة.

ويعرفه جونستون وبينيكر على أنه ذلك الجزء من تفاعل الكائن الحي مع بيئته، والذي يمكن من خلاله تحري حركة الكائن الحي أو حركة جزء منه في المكان والزمان.

فالسلوك يؤثر في البيئة ويتأثر بها، وهو مصطلح يتصف بالعمومية والشمولية.

د. جمال الخطيب ـ مرجع سابق ص ١٩

٢ ـ السلوك الاستجابي: يسمى (رد الفعل الانعكاسي فهو السلوك الذي تتحكم به مثيرات تسبقه.

٣ ـ السلوك الإجرائي: هو السلوك الذي يؤثر في البيئة، فيحدث تغيرات فيها (سلوك إرادي).

٤ ـ البيئة: يعتقد بأن البيئة هي السبب الرئيسي وراء السلوك الإنساني.

فعلاقة الإنسان مع البيئة علاقة متبادلة.

٥ ـ المثير: هو أي حدث أو ظرف أو تغير محدد في البيئة مثل الصوت ـ الضوء ـ الناس ـ المكان ـ الرائحة.. الخ.

والمثيرات منها ما يحدث داخل الجسم، ومنها ما يحدث خارجه. فالذي

يحدث داخل الجسم يسمى (البيئة الداخلية) مثل الانفعالات والمشاعر والتفكير.. الخ.

والذي يحدث خارج الجسم يسمى: (البيئة الخارجية) وتشمل البيئة الاجتماعية أيضاً.

فإننا نلاحظ أهمية النماذج التالية:

١ ـ نموذج التعلم المعرفي: من الأساليب النظرية التي يعتمد عليها منحنى تعديل السلوك. ومقتضاه: كيفية إدراك الشخص للأحداث البيئية وتفسير الشخص ذاته لسلوكه وتبريره له، وأنماط التفكير لدى الشخص ـ والتحدث إلى الذات.

٢ ـ نموذج التعلم الاجتماعي: من الأسس النظرية لتعديل السلوك، ويتمثل في إيضاح عملية التعلم من خلال الاعتماد على دور العمليات المعرفية أو ما يسمى بالعمليات المعرفية الوسطية ويرى اتباع هذا المنحنى. أن التعلم يحدث دون تدريبات مباشرة، أو دون تأثير مباشر للظروف البيئية، وإنما من خلال التعلم بالملاحظة، أو ما يسمى التعلم بالمحاكاة أو النمذجة.

ملاحظة: واضع هذا النموذج هو: ألبرت باندورا.

المطلب الثالث
العوامل المؤثرة في السلوك أي (أسباب المشكلات السلوكية)

إن المشاكل السلوكية للأطفال ترجع إلى عوامل عدة تأخذ مسارها إلى ما قبل الولادة بل غالباً قبل الحمل. فيعود تاريخها إلى طفولة الأهل أنفسهم، ونوعية شخصياتهم، وأسلوب حياة العائلة (الوالدين مثلاً). هل هي حياة مرحة أم حياة تعيسة، وهل نالوا في طفولتهم قدراً من الحنان أو أنواعاً من الحرمان أو أنواعاً من العقاب. فلربما يمارسون نفس الأسلوب مع أطفالهم (أي وضعوا أولادهم في نفس الوضع الاجتماعي الذي نشأوا فيه) فطفل الأسرة التي تتحلى بالصبر والمثابرة والوداعة نادراً ما يعاني من اضطرابات سلوكية. من العوامل التي تسبب المشاكل قبل الحمل أو الولادة أيضاً:

١ ـ مرحلة العمر الذي رزق فيها الأبوان بطفلهم قد تكون فترة طويلة بمعنى أنهم تأخروا في الإنجاب.

٢ ـ مدى تفضيل جنس على آخر، بعض الوالدين يفضل الولد على البنت مثلاً.

٣ ـ التوتر النفسي في فترة الحمل، قد يؤدي إلى تفاعلات غير مرغوب فيها.

من العوامل المسببة للمشاكل بعد الولادة:

١ ـ الفترات الزمنية بين ولادة وأخرى.

٢ ـ عدد الإخوة.

لأنه كلما قلت الفترة الزمنية بين ولادة وأخرى كلما زادت عوامل الغيرة بين الإخوة.

وذلك لأن الطفل الذي يولد في أسرة كثيرة الأولاد يحظى بطفولة أقل حظاً من السعادة. والطفل الوحيد في الأسرة يحظى بطفولة أكثر سعادة.

كذلك الطفل الذي يولد في أسرة كثيرة العيال أي يسبقه إخوة كثيرون يكون عرضة للإهمال. لا من والديه فحسب، ولكن من إخوته أيضاً. وقد لوحظ أن الأطفال الذين يولدون في أسر كثيرة الإنجاب يكونون أكثر ذكاءً من الذين يلونهم.

٣ ـ تجارب الأبوين في تربية الأطفال وخاصة الأوائل.

٤ ـ ثقافة الأبوين.

مدى تأثير الجنس على سلوك أهل الطفل (بعد الولادة):

تطرقنا إلى ولادة الذكر بين إخوة، والآن نتطرق إلى البنت بين البنات.

الطفلة التي تولد بعد أربع إناث تكون أقل حظاً في الرعاية وأكثر عرضة للإهمال من أبويها، وخاصة إذا طالت فترة انتظارهما لطفل ذكر.

لكن إذا كانت ولادة الذكر بعد عدة إناث يكون الوضع مخالفاً ـ إفراط في التدليل ـ تفضيل في المعاملة ـ اهتمام زائد، مما يؤدي إلى تأثيرات سلبية أو غير مرغوبة.

مدى ارتباط الاضطرابات السلوكية في تلاميذ المدارس ومضاعفات الحمل والولادة:

هناك ارتباط وثيق بين الاضطرابات السلوكية من ناحية وبين مضاعفات الحمل والولادة.

مثل :

١ ـ وجود عيوب خلقية ومن الأخص ذوي الشفاه الأرنبية.

٢ ـ قدوم جنس غير مرغوب فيه، كولادة أنثى وهم يريدون ولداً مثلاً.

٣ ـ الأطفال المبسترين مثلاً. هم أكثر عرضة من غيرهم إلى نوع من الاضطرابات السلوكية.

الحوار مع النفس وسيلة للتغلب على المعتقدات الخاطئة:

من أنجح الوسائل للتغلب على المعتقدات الخاطئة أن ننبه الطفل إلى الأفكار أو الآراء التي يرددها بينه وبين نفسه عندما يواجه المواقف المهددة.

إن الاضطرابات التي يواجهها الطفل بما في ذلك (الخوف، الاندفاع، العدوان): اجتماعية كانت أو دراسية تعتبر نتيجة مباشرة لما يردده الطفل مع نفسه.

مايكنبارم Meichenbarm 1977 وقد ابتكر وسائل، أمكنة من خلالها أن يحدد أنواع هذه العبارات، وما تثيره من استجابات انفعالية محددة، وعلى استبدالها بأفكار أو عبارات أو تعليمات وإرشادات يرددها الطفل خلال تعامله مع هذه المواقف ويرى هربرت Herbert 1987 أن الحوار مع النفس عند أداء نشاط معين من شأنه أن ينبه الطفل إلى تأثير أفكاره السلبية في سلوكه).

ومنهج علاجه في هذا الشأن: أن يطلب من الطفل أن يعيد ويردد عبارات مضادة للفكرة الخاطئة مثل: «توقف». و «فكر قبل أن تجيب» وسأعد للعشرة قبل أن أتجيب».

وبالتدريج يمكن للمعالج أن ينتقل بالطفل إلى ترديد تعليمات ذاتية أكثر تعقيداً من ذلك.

تطوير السلوكيات وسببها ودور الأهل في تحديد مظاهرها:

تتكون السلوكيات في عام الطفل الأول، ولكن تتحدد صورها بدءاً من العام الثاني ـ كما يرجحها العلماء ـ أثناء التطور العقلي للطفل وتفاعله مع محيطه وبيئته.

محددات السلوك:

من العوامل الهامة التي تحدد مظاهر السلوكيات كما أفادت مقالة الدكتور أيلنجورت.

١ ـ الاحتياج للحب والأمان:

يحتاج الطفل إلى الحب والحنان بعد عامه الأول، ونلمسه في حاجة إلى الأهل ودائم الطلب لهم للبقاء معه، وخاصة إذا انتابه مرض أو تعب، وأحياناً إذا تعرض إلى أحلام مزعجة، ويحتاج إلى الحب والحنان لتأكيد ذاته، وأن له كيان مميز ومحدد في المنزل بين أشخاصه، ويزداد هذا الاحتياج كلما قل اهتمامهم به، فالأطفال يميزون قسمات وجه والديهم لذا يجب أن نعطي أطفالنا مزيداً من الحب والحنان ومزيداً من الثقة بالنفس، ونستعمل معهم كلمات مشجعة ولطيفة مثل جيد ـ أحسنت ـ لا بأس ليس معنى ذلك أن نعطي الطفل كل ما يحتاجه أو نلبي له كل رغباته.

هناك فرق كبير بين إشعار الطفل بالحب الصادق وطريقة التعبير عنه (بالهدايا أو الهبات أو الأعطيات) ولا بد، أن يكون الوسط الذي يعيش فيه الطفل مساعداً على إحاطة الطفل بالحب والحنان والأمان فلا نتصور أن يكون هناك حناناً وأماناً في بيت يكثر فيه الاحتكاك بين الوالدين» ويكثر فيه الانفصال ـ وتلجأ فيه الأم أحياناً إلى تشويه صورة الأب أمام أطفاله.

فتصوره دائماً أنه وحش، وأنه غليظ، وأنه لا يحبهم، كل ذلك يؤدي إلى أعراض اجتماعية مرضية خطيرة، وأقله سوء سلوك في المدرسة أو صورة اكتئاب نفسي وإحباط.

لذا: يجب على الأهل ألاّ يسرفوا في توجيه اللوم والانتقاد إلى أطفالهم لأن ذلك يؤدي إلى إضعاف شخصياتهم، وقد يؤدي إلى اضطرابات سلوكية بالغة.

من الأخطاء الشائعة: أن يعقد الأهل المقارنات بين الأطفال، لأن ذلك يؤدي إلى التأثير في علاقات الأخوة فيدمر أواصر الحب والألفة بينهم ويشعل في نفوسهم الغير والحسد.

يفقد الطفل الحنان والطمأنينة في الظروف التالية:

١ ـ عند فقد الأبوين أو أحدهما أو ابتعادهما عنه:

٢ ـ ترك الأطفال للمربية والانشغال بأشياء أخرى.

٣ ـ تغيير المربية أو نقله من دار إلى دار أخرى.

٤ ـ ولادة أخ جديد ينافسه المحبة.

٥ ـ الانتقاد والتوبيخ الدائمين.

وليعلم الآباء والمربون بأن التوبيخ الدائم واللوم القاسي يؤدي إلى الحقد والحسد، وعدم الاطمئنان لدى الطفل (اضطرابات سلوكية).

٢ ـ الانفصال عن الطفل:

لا يجوز للأهل أن ينفصلوا عن طفلهم فترات طويلة، لأن ذلك يؤدي إلى حرمانه من العاطفة، فكلما طالت فترة الانفصال أدى ذلك إلى تأثيرات سلوكية من الصعب إزالتها.

فإذا أرادت الأم أن تنفصل عن طفلها لفترات قصيرة لا بد أن تتركه تحت رعاية أشخاص يحبونه مثل الجدة أو الخالة مثلاً.

٣ ـ الرفض والتصرفات العكسية (الأنا):

من محددات السلوكيات أيضاً ـ الرفض لدى الطفل، لأنه يشعر بأنه هو محط اهتمام الجميع ومركز عنايتهم.

كذا تنتابه نزعة الأنانية.

ومن الخطأ الفادح أن يكبح الوالدان هذه الصفة، لأنها تلعب دوراً هاماً في صنع الإرادة الإنسانية.

إن أسلوب الرفض والتصرفات المخالفة تظهر كأحد الملامح المميزة لشخصية الطفل، كالأطفال يجنحون في ذلك السن إلى المعاكسة.

فإذا طلب منهم فعل شيء يقومون بفعل عكسه، فإذا طلب منهم البقاء في مكان ما يتحركون، وإذا ما طلب منهم اللباس أو الطعام يقابلونه بالتباطؤ أو التلكؤ.

لذا ننصح بعدم فرض أي شيء على الطفل، وضد إرادته، لأنه هو المنتصر في النهاية.

٤ ـ الاختلافات الشخصية لدى الأطفال:

لكي نتفهم مشاكل الأطفال السلوكية، لا بد من إدراك طبيعة تلك الاختلافات.

بعض الأطفال يتميزون بالوداعة والهدوء والمسالمة، وبعضهم يتميز بالنشاط الزائد والحركة المستمرة، وبعضهم تحتدم لديهم نزعات التفضيل والكراهية، فلا يقبلون إلا ما يروق لهم ويحبونه، ويمتنعون تماماً عن تناول ما لا يفضلونه، بعضهم يميل إلى أن يقود، وبعضهم يميل إلى أن ينقاد.

وأريد هنا أن اطمئن الأهل إلى أن تلك السمات طبيعية جداً، وتختلف من طفل إلى آخر، حسب وراثية الطفل ذاته، وحسب شخصيته.

إذن ما هو العلاج: (بصورة عامة):

يتم العلاج بالطرق الآتية:

١ ـ فهم طبيعة الطفل ومتطلباته عموماً.

٢ ـ فهم تطور الطفل (دراسة شخصية الطفل).

٣ ـ عدم التدخل إلا عند الضرورة، وبالمقدار اللازم حسب الحالة.

٤ ـ لا بد أن نعترف بأن المشكلات السلوكية موجودة عند جميع الأطفال بلا استثناء، وهي لا تدل على شذوذ الطفل أو اضطرابه، وإنما يعتبر بعضها جزءاً متمماً لتطوره ونتيجة لتفاعله مع وسطه الاجتماعي.

٥ ـ المهم أن تعالج تلك المشكلات فوراً وبحكمة ودراية. فهي بعد ذلك تزول، أما إذا بقيت بدون علاج فربما استفحلت وزادت ثباتاً وأصبحت خلقاً ثابتاً.

٦ ـ بعض الآباء والأمهات يحتاج إلى توجيه في التربية، وعلاج المشكلات بعد فهمهم لطبيعة المشكلات وكيفية حدوثها وطريقة علاجها.

٧ ـ تكثر تلك المشكلات في الخمس سنين الأولى من عمر الطفل أي ما قبل المدرسة.

٨ ـ لنا في رسولنا ﷺ القدوة الحسنة والمثل الأعلى، فهو أرحم الناس بالأطفال وهذا ظاهر في حديث (أنس) خادم الرسول ﷺ قال: «ما رأيت أحداً كان أرحم بالعيال من رسول الله ﷺ.

التباين بين الأطفال مرجعه:

اختلاف الأطفال فيما يلي:

١ ـ شدة عناد الطفل وسلبيته وحبه للاستقلال بعضهم طيِّع وبعضهم عنيد، لا يرضى أن ينقاد لأحد.

٢ ـ الحذر أو الخوف بعضهم حذر يخاف والآخر لا يخاف مثلاً: من الظلام أو الحشرات أو أي شخص غريب.

٣ ـ تقبل النقد: بعضهم يتقبل النقد وبعضهم لا يتقبل النقد وسرعان ما يبكي عند النوم.

٤ ـ تقبل القيادة من عدمه بعضهم خلق قيادياً وبعضهم خلق ليتبع وينقاد، فكل ميسر لما خلق له، كما قال رسول الله ﷺ: إذاً اعملوا فكل ميسر لما خلق له.

المهم: أن نفهم شخصية الطفل ونكيف معاملتنا له على أساسها.

٥ ـ في الأيام الأولى من الولادة. بعضهم يبدو هادئاً يأخذ هدي أمه دون أي صعوبة، وبعضهم لا يأخذه إلا برهة قصيرة ويصرخ ويبكي.

فالأطفال النشطاء يفوقون غيرهم في الفعالية ب (٢٩٠) ضعفاً ـ دراسة فعالية (٧٣) طفلاً ـ بواسطة دراسة ميكانيكية لأحد الباحثين[١].

٦ ـ في النوم: بعض الأطفال في شهورهم الخمسة الأولى ينامون أغلب وقتهم، وبعضهم لا ينام إلا فترات قصيرة.

بعضهم يبقى هادئاً في سريره يلعب بطريقته الخاصة، وبعضهم لا يكفون عن البكاء، يصعب تهدئتهم، وبعضهم لا يتعبون أمهم عند تناول الطعام أو الرضاعة، وبعضهم يرفضون كل ما يقدم لهم من طعام أو إرواء.

٧ ـ في الاستجابة الاجتماعية: بعضهم يضحك ويبتسم ويحب المداعبة بينما آخرون بالعكس لا يضحكون ولا يستجيبون للمداعبة، ولا يحرصون على الصحبة أو الصداقة.

---

(١) د. نبيه الغبرة ـ المشكلات السلوكية عند الأطفال ـ ص ٣١ ـ المكتب الإسلامي ـ دمشق ـ ١٣٩٨ هـ.

المطلب الرابع

التخطيط والتنفيذ لبرامج تعديل السلوك

عند التأكد من أن الطفل لديه مشكلة سلوكية، وهو بحاجة إلى علاج، يجب هنا اختيار أساليب التعديل، ويكون ذلك في صورة برنامج لتعديل السلوك ويعتبر ذلك على الآتي:

١ ـ تقييم خصائص شخصية الطفل.

٢ ـ مدى توفر الإمكانيات اللازمة لتنفيذ البرنامج.

٣ ـ خبرة الأشخاص الذين سيقومون بتنفيذ البرنامج.

٤ ـ وصف العناصر التي تشتمل عليها **البرامج.**

وعند تخطيط البرنامج يجب تطبيقه وليس من الضروري قيام المصمم بتنفيذ البرنامج، ولكن يجوز أن يدرب آخرين على التنفيذ مثل الآباء أو المرشدين أو المعلمين في البيت أو المدرسة أو العيادة.. الخ.

إلاّ أنه قد يحدث أخطاء كثيرة ومشكلات عند تطبيق البرامج العلاجية مثل:

(د. جمال الخطيب ـ مرجع سابق ص ٧٨)

١ ـ مشكلات إدارية.

٢ ـ عوامل اقتصادية (مثل توفر المواد والأدوات والوقت الكافي).

٣ ـ مشكلة اللغة (نحن بحاجة إلى ألفاظ ومصطلحات مناسبة يفهمها القائمون على تنفيذ البرنامج).

٤ ـ مشكلات التدريب.

تقييم البرنامج: خطة التقييم:

خطوات هامة في التقييم:

١ ـ فحص البيانات لتحديد مدى تغير السلوك المستهدف.

٢ ـ الاستماع إلى رأي الأشخاص من المحيطين بالطفل والمهمين في حياته، ومدى رضى هؤلاء الأشخاص عن التغير الذي حدث.

٣ ـ مدى تحقق فائدة المعززات وجاذبيتها.

٤ ـ هل هناك معوقات داخلية أو خارجية قللت من فعالية البرنامج.

مثل: (اتجاهات القائمين على تنفيذ البرنامج أو دافعيتهم).

٥ ـ يجب تحديد الإجراءات اللازمة للمحافظة على تطبيق البرنامج.

العـــلاج:

تكمن الوقاية من التأخر الدراسي كمشكلة تعليمية من خلال الاهتمام ـ في وقت مبكر ـ من حياة الطفل ـ والتعرف على حالات الضعف عنده.

الوقايـــة:

ومن أجل ذلك تكمن الوقاية فيما يلي:

١ ـ تأمين الأجواء الاجتماعية السليمة.

٢ ـ العمل على تجنب الإصابات في الرأس، خشية إصابة المخ ببعض الارتجاجات.

٣ ـ تنمية روح الخلق والإبداع.

٤ ـ تأمين الألعاب على أنواعها، وإتاحة الفرصة لتعريف النشاط.

أما طرق العلاج وفرصه فكثيرة منها:

أولاً ـ العلاج المباشر: ومنه:

١ ـ مراجعة المناهج وطرق التدريس.

٢ ـ إقامة برامج خاصة لمساعدة المتأخرين دراسياً.

٣ ـ إشغال التلميذ بأنشطة مدرسية على طريقة المشروع.

وطريقة المشروع أو مدارس المشروع قائمة على حرية الطفل في اختيار الموضوع الذي يريد دراسته.

وتفسير ذلك؛ أن يبدأ اليوم الدراسي بحوار بين التلاميذ وأنفسهم مع إشراك المدرس ـ وهنا يقترح كل تلميذ مشروعاً ثم يتفق الجميع بعد ذلك على مشروع واحد، ويحددون موضوعاً يثير فيهم الرغبة في البحث. ثم يأتي دور العمل والتنفيذ. كما في مدارس دكرولي ودالتا ومنتسوري القائمة على مبدأ اللعب ومبدأ تحقيق الذاتية ومبدأ تعليم الحياة بالحياة.

٤ ـ الابتداء بالتعليم من السهل إلى الصعب وضمن برامج مخططة سلفاً.

٥ ـ استخدام الوسائل التعليمية الأكثر فعالية، وبشكل مكثف، والاهتمام بالمحسوسات أكثر من المجردات.

٦ ـ العلاج بالألعاب التربوية المزدوجة الفائدة لتصرف نشاطه وتكسبه دروساً علمية.

(ميادين العلاج):

١ ـ داخل المدرسة.

٢ ـ خارج المدرسة.

٣ ـ العيادات المتخصصة.

٤ ـ مراكز الإرشاد النفسي.

المبحث الثاني
الطفولة.. والمشكلات العادية

أولاً: المشكلات التعليمية

المطلب الأول
التأخر الدراسي ـ الأسباب والعلاج

التأخر الدراسي ليس تخلفاً عقلياً أو غباءً إنما هو تأخر في التحصيل بالقياس إلى الأقران بمعنى أنه ليس مرضاً.

الأسباب:

١ ـ ترجع إلى عجز حسِّي أو جسمي.
٢ ـ وترجع إلى عوامل بيئية واقتصادية وأسرية ومدرسية.
٣ ـ وترجع إلى التلميذ نفسه.

المطلب الثاني
ميادين التخلف الدراسي

١ ـ العوامل الصحية والجسمية.
٢ ـ العوامل العقلية.
٣ ـ العوامل النفسية.
٤ ـ العوامل الاجتماعية.
٥ ـ العوامل العائدة إلى المدرسة.

الشرح:

أولاً: العوامل الجسمية والصحية:

مثل الأمراض التالية: كالحميات ـ والأنيميا ـ عيوب النطق.

تلك الأمراض تسبب توتر في العلاقات بين الطفل ومعلميه ورفاقه.

ثانياً: العوامل العقلية:

وتتمثل في نقص المقدرة على التركيز أو تدني درجة الذكاء.

ثالثاً: العوامل النفسية:

وتتمثل في الخمول والانطواء والإحباط وفقدان الثقة بالنفس.

كذلك عدم النضج الانفعالي. فهو يعتبر من أبرز السمات النفسية في التأخر الدراسي وكذلك هناك مشاكل نفسية تصيب الطفل مثل قضم الأظافر والكذب والعدوانية، تلك قد تكون سبباً في تأخر الطفل دراسياً.

رابعاً: العوامل الاجتماعية:

أ ـ اضطرابات في المنزل مثل مشاكل الوالدين ـ سوء التوافق الأسري. تلك الأجواء المضطربة في الأسرة تسبب تأخراً دراسياً وكذلك العلاقة بين دخل الأسرة والتحصيل الدراسي وكذلك ضغط الوالدين الشديد على الأطفال، من أجل التحصيل المتقدم يسبب أيضاً تأخراً دراسياً.

وكذلك ثقافة الوالدين تؤثر تأثيراً ملحوظاً على التحصيل الدراسي.

ب ـ عوامل تتعلق بالبيئة الاجتماعية: مثل تفضيل الأبناء على البنات ـ فهذا التصرف يؤدي بالبنات إلى الانطواء ثم التأخر في الدراسة. بعض الأسر تكون فقيرة، فتطلب من أبنائها العمل سواء في الزراعة أو في غيره من الأعمال وهذا يكون على حساب المذاكرة والمراجعة.

خامساً: العوامل المدرسية:

منها ما يلي:

أ ـ التشاحن والاضطراب بين المدرسين والإدارة، أو بين المدرسين أنفسهم من جهة والتلامذة من جهة أخرى، وذلك لجهلهم بالطرق التربوية السليمة، وعدم إلمامهم بعلم النفس وعلم النفس التربوي المدرسي.

ب ـ عدم توفر وسائل الإيضاح التربوية الكافية ـ كالسبورات الصالحات

والخرائط العلمية والجغرافية، وباقي التجهيزات.

جـ ـ غياب المدرسين لأسباب متعددة، ومناقلاتهم خلال العام الدراسي، من أبرز أسباب التأخر الدراسي.

د ـ نقص المناهج وعدم ملائمتها لميول التلاميذ.

هـ ـ اعتماد القصاص البدني وسيلة لعلاج الكسل. كل ذلك يسبب التأخر الدراسي.

و ـ وكذلك الهروب من المدرسة له تأثيره البالغ على تحصيل الأطفال.

المطلب الثالث
السمات العامة للمتأخرين دراسياً

أولاً: السمات الجسمية:

١ ـ النمو: لوحظ أن معدل النمو لدى الأطفال المتأخرين دراسياً هو أقل من المتفوقين من الزملاء وذلك يتمثل في قلة الطول، وثقل الوزن والنضوج الجسمي المبكر، والحركات العصبية التي لا غاية منها مما يدل على عدم استقرارهم وثباتهم. وهناك أمراض تصيبهم قبل دخول المدرسة، مثل ضعف السمع، أو ضعف البصر أو الروماتيزم.

ثانياً: السمات العقلية:

وتتمثل في ضعف الذاكرة وضعف القدرة على التركيز، وتشتت الانتباه ويتميز ببطء التعلم، وضعف القدرة على التحصيل.

ثالثاً: السمات الانفعالية:

وتتمثل في العدوان والبلادة والاكتئاب والقلق وأحلام اليقظة، ويعانون من الاضطراب الانفعالي كما يعانون من الشعور بالذنب، ومن المخاوف نتيجة لإحساسهم بالفشل.

رابعاً: السمات الاجتماعية:

من السمات الاجتماعية الظاهرة أن الأطفال المتأخرين دراسياً لا يولون أهمية للعادات، ولا يتحملون المسؤولية.

ولا يشعرون بالولاء للجماعة.

صداقاتهم متقلبة لا تدوم كثيراً، وهم أقل تكيفاً مع المجتمع من رفاقهم المتفوقين دراسياً.

وتعوزهم الصفات القيادية ويسهل انقيادهم نحو الانحراف، تقلبهم من الناحية الانفعالية يزيد من فرص انحرافهم.

المطلب الرابع:
الذكاء والتأخر الدراسي

تعريف الذكاء:

١ ـ تعريف شتيرن Stern «على أنه القدرة العامة للفرد التي تعمل على تكيف تفكيره للمتطلبات الجديدة» (أو المواقف الجديدة للحياة).

٢ ـ تعريف تيرمان: Terman «على أنه القدرة على تناول التفكير المجرد».

٣ ـ تعريف وكسلر: «وهو القدرة الكلية أو القدرة الشاملة للفرد التي تجعله يسلك بهدف ويفكر بشكل معقول، ويتفاعل بفاعلية مع البيئة».

قياس الذكاء:

يقاس الذكاء بثلاثة وحدات قياسية:

١ ـ العمر العقلي.

٢ ـ نسبة الذكاء.

٣ ـ المرتبة المئينية.

نسبة الذكاء:

هي قياس لمستوى القدرة وتحسب طبقاً للمعادلة التالية: ع ع ×١٠٠/ع ز.

الرتبة المئينية: وتعبر عن درجات اختبار الذكاء، على أساس الموقع النسبي في مجموع معين، وتشير إلى النسبة المئوية فمثلاً النسبة المئوية (٧٠) تشير إلى أن درجة يحصل عليها أو يفوقها ٧٠٪ من المجموع.

اختبارات الذكاء:

الاختبارات الشائعة:

١ ـ اختبار ستانفورد ـ بينيه.

٢ ـ اختبار وكسلر ـ لذكاء الراشدين/ لذكاء الأطفال.
٣ ـ اختبار الرسم لجودنف.
٤ ـ اختبار آرثر.

تصنيف تيرمان للذكاء:

التصنيف	مدى نسبة الذكاء
الفئات: العبقري	فوق ١٤٠
ذكي جداً	من ١٢٠ ـ ١٤٠
ذكي	من ١١٠ ـ ١٢٠
عادي (أو متوسط)	من ٩٠ ـ ١١٠
غبي (تحت المتوسط)	من ٨٠ ـ ٩٠
بيني (مرتبة الحد الفاصل)	من ٧٠ ـ ٨٠
مأفون	من ٥٠ ـ ٧٠
أبله	من ٢٥ ـ ٥٠
معتوه	تحت ٢٥

يحكم على العادي أو المتوسط بأن لديه صعوبة تعلم.
ويحكم على البيني (الحد الفاصل) بأن لديه تأخر دراسي.
ويحكم على المراتب الثلاثة الأخيرة بالنقص العقلي.

تصنيف وكسلر للذكاء:

التصنيف	مدى نسبة الذكاء	النسبة المئوية للمجموع
ذكي جداً	١٢٨ فماقون	٢,٢٪
ذكي	١٢٠ ـ ١٢٧	٦,٧٪
فوق المتوسط	١١١ ـ ١١٩	١٦,١٪
متوسط	٩١ ـ ١١٠	٥٠,٠٪
تحت المتوسط	٨٠ ـ ٩٠	١٦,١٪
بيني (مرتبة الحد الفاصل)	٦٦ ـ ٧٩	٦,٧٪
ناقص العقل	تحت ٦٥	٢,٢٪
		١٠٠,٠٠

نعود إلى التعريفات:

من أشهر التعريفات تعريف وكسلر:

يذكر وكسلر: أن الذكاء هو المقدرة على فهم العالم والحنكة في مقابلة التحديات «وهذا هو نفس التعريف الأول مع اختلاف الترجمة».

فأنت تكون ذكياً ـ بمقياس وكسلر ـ إذا كنت تدرس ما يدور حولك، وأن تتعلم وتستفيد من خبرتك إلاّ أن الناس وهم يعيشون في ظروف مختلفة، قد لا يتفقون على معنى الذكاء، لذا اختلفت الاتجاهات نحو الذكاء منذ تاريخ طويل.

فقد اعتبر الأغريق القدامى أن الذكاء يعني النبوغ في الخطابة.

بينما اعتبره الصينيون ـ في الثورة الاشتراكية ـ التفوق في الكتابة، ويعتبر سكان جزر شمال الباسفيك أن الذكاء هو القدرة على الإبحار بقارب لمسافات طويلة.. وهكذا.

والسؤال الآن: هل الذكاء قدرة واحدة أم قدرات متعددة[1]؟.

يقرر ل.ل. (ثورستون) الذي أجرى عدة اختبارات على تلاميذ المدارس: أن الذكاء يتكون من سبعة قدرات أطلق عليها.. (القدرات العقلية الأولية) وهي:

١ ـ الفهم اللغوي: ويتحدد بعدد الكلمات التي يعرفها الفرد.

كالقدرة على القراءة والمهارة في فهم الجمل المركبة.

٢ ـ الطلاقة اللغوية: وتتحدد بالقدرة على التفكير في الكلمات بسرعة.

٣ ـ العدد: ويتحدد بالقدرة على حل مسائل الحساب والتعامل مع الأرقام.

٤ ـ المكان: ويتحدد بالقدرة على رؤية العلاقات المكانية.

٥ ـ التذكر الارتباطي: ويتحدد بالقدرة على التذكر السريع، كما يحدث في قائمة من أزواج الكلمات.

٦ ـ السرعة الإدراكية: وتتحدد بالقدرة على إدراك التفاصيل البصرية بسرعة

---

(١) أسس السلوك الإنساني د. فاروق عبد الفتاح مرسي ـ عالم الكتب ١٩٨٥ ص ١٩٧، ٦٩٨.

وملاحظة التشابهات والفروق بين النماذج والصور.

٧ ـ الاستدلال العام: وهو المهارة في التفكير المنطقي.

نظرية جيلفورد:

استطاع جيلفورد ومعاونوه بعد إجراء عدة دراسات ـ أن يستنتجوا: أن الذكاء يتكون مما لا يقل عن ١٢٠ نوعاً من القدرات العقلية، وتبعاً لذلك فإن الفرد يبدي درجة عالية من القدرة في أمور معينة، ودرجة متوسطة في أمور أخرى، ودرجة منخفضة في أمور ثالثة.

فنجد مثلاً: أن بعض الناس يتفوقون في الأفكار اللغوية، هؤلاء الناس قد يبرزون ككتاب أو فلاسفة وقد يتفوقون آخرون ويبرزون في الرياضيات والحساب وآخرون يبرزون في الأمور الفنية أو الميكانيكية.

نظرية بياجيه:

استنتج بياجيه: أن النمو العقلي هو القدرة المتزايدة على التكيف مع المواقف الجديدة.

نسبة الذكاء عند بينيه Intelligence Quatient:

تمكن بينيه من ابتكار نسبة الذكاء (IQ) وذلك من العلاقة بين العمر العقلي والعمر الزمني، وتمكن من حساب النسبة المئوية من المعادلة الآتية:

نسبة الذكاء: العمر العقلي × ١٠٠/ العمر الزمني

ويلاحظ أن نسبة الذكاء المتوسطة ١٠٠ ويسجل المتفوقون نسبة ذكاء أكثر من ١٠٠، بينما يسجل المتخلفون في الذكاء أقل من ١٠٠.

مشكلات الطفل الذكي:

للطفل الذكي مشكلات سلوكية ولكن من نوع آخر. الطفل الذكي يستطيع بذكائه أن يميز انفعالات أهله، ويستطيع أن يجذب انتباههم، وقد يثيرهم أحياناً وقد يصل الأمر إلى إغاظتهم، وهذا من أجل أن يبين مقدرته ويبرز شخصيته.

المطلب الخامس
دور الأسرة والتأخر الدراسي

أولاً: الطفل البكر والطفل الثاني والطفل الوحيد:

لكل طفل نفسية خاصة به وشخصية تميزه، فلربما يكون الطفل البكر من النوع الهادي سلس القياد ولربما يكون الطفل الثاني من النوع كثير الحركة كثير العناد.

فالرعاية الزائدة والإفراط في الحماية يعرض الأطفال إلى أخطار كثيرة.

كثيراً ما نسمع أو نرى أن الطفل الوحيد يكون مدللاً، ولربما يكون غير ناجح، وعلى العكس من ذلك فحرمان الطفل من العطف، وخاصة في سني حياته الأولى، واتباع نظام صارم في تربيته ـ لربما يجعله معانداً أو عدوانياً ويؤدي ذلك إلى اضطرابات سلوكية في الكبر وإنما نقصد بالتربية السليمة: أن يكون الآباء على دراية بالمسؤولية، وأن يتحملونها برحابة صدر وهذا ينعكس على شخصيات أبنائهم. فسيخرجون للحياة يقدرون المسؤولية ويكونون ناجحين بكل المقاييس.

أسباب الرعاية المفرطة أو الزائدة:

من الأسباب المؤدية إلى الأهمية المفرطة ما يلي:

١ ـ أن يرزق الوالدان بالطفل بعد زواج طويل.

٢ ـ أو إذا كان الطفل بعد عدة بنات.

٣ ـ أو بعد شفاء الطفل من مرض عضال.

فلربما أدت العناية المفرطة إلى حالة عدائية، أو حالة اتكالية. يعتمد الطفل على والديه في كل أمور حياته وهذا مما يؤدي إلى تأخر الطفل عن أقرانه لأنه لا يستطيع أن يعقد صداقات جيدة معهم بسبب اعتماده على والديه في كثير من شؤونه، وهذا يقوده إلى مشكلات سلوكية كثيرة مثل الخجل، والخنوع وفقدان الشجاعة. وإذا كان التدليل زائداً فإن ذلك يؤدي إلى حب الاعتداء على الآخرين، ويؤدي إلى الثورة والغضب الآنفة الأسباب وقد يؤثر ذلك على مستوى تحصيله مع بلوغه درجة عالية من الذكاء.

ثانياً: تفضيل بعض الأبناء على بعضهم:

قد لا يقصد الآباء تمييز طفل على آخر، وقد لا ينتبهون إلى ذلك، وقد يكون ذلك لا شعورياً وقد يقصدون ذلك، وهنا تكون المشكلة.

فإن الطفل المميز أو المدلل يكون عرضة للميوعة، ومن ثم التأخر الدراسي، لأنه يسير حسب هواه من دون رادع.

وقد يكون له أسبابه، وقد يكون بعضها غير مقبول.

مثل كون الطفل حسن الصورة أو ذكياً، فقد يتسامح الأبوان معه كثيراً إذا أخطأ في حين أنهم يحاسبون الآخرين عند أي خطأ وهذا يدفعهم إلى الحقد عليه. والاشمئزاز منه، وعدم الطمأنينة له. وقد يحدث العكس. عدم محبة بعض الأطفال وذلك لأسباب عدة منها:

١ ـ أن الطفل لم يحظ بقسط من الجمال.

أو أنه من الجنس الآخر أنثى مثلاً. فقد يجر عليها مشاكل عدة منها: الخوف ـ الحياء ـ الانطواء ـ البكاء ـ حب الاعتداء ـ العصيان ـ الحسد ـ مص الإصبع ـ اللعب بالجسد ـ التعلق بالأم أحياناً، وقد يصاب بسلس البول الليلي أو نوبات التأتأة الخ مثل هذه المشكلات قد تؤدي إلى تأخر دراسي.

العلاج:

لكي يتفرغ الطفل إلى دراسته، ويكون مرتاح البال بعيداً عن المشكلات يجب عمل الآتي:

أولاً: العدل بين الأبناء:

فقد قال رسول الله ﷺ: «اتقوا الله واعدلوا بين أولادكم».

وفي حديث آخر: «روى أنس رضي الله عنه ـ أنَّ رجلاً كان عند النبي ﷺ فجاء ابن له، فقبله وأجلسه على فخذه. وجاءت ابنة له فأجلسها بين يديه، فقال رسول الله ﷺ: «ألا سويت بينهما».

ثانياً: مراعاة المستوى العقلي والجسمي للطفل:

لكل طفل مستوى معيناً، عقلياً وجسمياً، لذا يجب مراعاة ذلك عند التربية، فلا نكلفهم بأشياء فوق طاقتهم ولا مستواهم.

وإذا حدث مثل ذلك، فلنتوقع مشاكل سلوكية وتحصيلية لا حصر لها، مثل الشعور بالفشل وتدني المستوى التحصيلي للطفل ومن ثم تأخره الدراسي. ليس معنى ذلك أن تترك الطفل بدون تعليم، بل يجب أن تعلمه بلطف وحكمة دون قسوة، لأن القسوة تفقد الطفل السعادة والاطمئنان.

ثالثاً: تعويد الطفل على النظام:

تعويد الطفل على النظام مطلب أساسي لأمور التربية، وتساعده على التغلب على العادات السلوكية غير المفيدة، وخاصة في الدراسة والجلوس إلى الكتب. إن نقص النظام أو فقدانه في حياة الطفل له أثره السيىء في حياته الحاضرة والمستقبلية.

لا يجبر الطفل على الدراسة، ولا يجوز فرض القيود على حريته وحبسه للدرس، فإن ذلك يجر على الطفل مشكلات لا حصر لها. منها الكبت والعقد ومن ثم التأخر الدراسي.

لذا يجب أن ننظم له وقته بعمل جدول خاص بالدراسة وآخر للعب وآخر إلى.. الخ.

ويجب أن نتفقد مذكرة الواجب دوماً، ونقف على مستواه التحصيلي بعد كل فترة وفترة. وأن نستعمل معه أسلوب التعزيز والثقة بالنفس والتشجيع. لا أسلوب العقاب الشديد والقسوة والتوبيخ والضرب لأن هذا الأسلوب غير مجدٍ.

رابعاً: اتباع الأساليب التربوية في العقاب:

ليس بالضرورة أن يكون العقاب بدنياً (الضرب مثلاً) وقد يكون العقاب نفسياً، لأن بعض الأطفال لا يأبه بالعقاب بجدية ويتأثر بالتوبيخ واللوم. لذا يجب أن نتجنب العقاب بتجنب أسبابه.

فإنه لا عقاب إلاَّ بذنب، ويكون على قدر الذنب وأنه يجب أن يكون متدرجاً

ليس دفعة واحدة. وأن يكون فوراً حتى لا يفقد أثره، وأن يتناسب العقاب مع عمر الطفل، وأن يتفق الوالدان على نوع العقاب حتى لا يستغل الطفل الخلاف ويحرك أحدهما على الآخر.

خامساً: تعاون الأسرة مع المدرسة:

الأسرة من أهم الجماعات الإنسانية، وأكثرها تأثيراً في حياة الأفراد والجماعات. وهي التي تقوم بالدور الرئيسي في بناء صرح المجتمع. والمدرسة أداة استكمال بمعنى أنها تقوم باستكمال ما بدأته المؤسسات الأخرى من الأعمال التربوية وعلى رأسها البيت.

والمدرسة حريصة على استكمال دورها مع الأسرة. بإنشاء مجالس الآباء والمعلمين.

والمدرسة أداة تصحيح. تقوم المدرسة بتصحيح الأخطاء التربوية التي قد ترتكبها النظم الأخرى في المجتمع.

المدرسة أداة تنسيق: إذاً تقوم بالتنسيق بينها وبين النظم الأخرى في سبيل تربية الطفل ورفع مستواه العقلي ومن ثم تحصيل الدراسي. ومن ثم علاج تأخره الدراسي.

لذا يجب أن تتعاون الأسرة مع المدرسة، والتواصل بينهما من أجل مصلحة الطفل مثل معالجة تأخره الدراسي أو حل مشكلات نجمت عند اختلاطه مع زملائه في المدرسة.

حيث أنَّ التفكك الأُسري والقسوة التي تمارسها الأسرة على الأطفال قد تدفعهم إلى التأخر الدراسي، فالأطفال الذين يعيشون في جو أسري هادىء ومرح يقل هروبهم من المدرسة ومن ثم التأخر الدراسي. ليس معنى ذلك أن نترك الحبل على الغارب، وندلل الأطفال، بل يجب أن يقترن التدليل بالحزم.

وفي حال ظهور اضطرابات أسرية يجب أن يتدخل الأخصائي النفسي لدراسة حالة الطفل.

بعض الأطفال عصبي المزاج لا تلائمه الحياة الأسرية المضطربة وبعض الأطفال يتميزون بالمزاج العاطفي، فقد ينطوون على أنفسهم، ويدفنون آمالهم

ومآسيهم في قراراتهم بعض الآباء ينظرون إلى التأخر الدراسي بنوع من الامتعاض والاستنكار.

بعضهم يلقى اللوم على الحظ، وبعضهم يرفض أن يتحمل المسؤولية، عن ذلك التأخر، ملقياً اللوم على الأولاد أنفسهم، أو على رفقة السوء أو على المدرسة.

المطلب السادس
دور المعلمين والمرشدين في معالجة التخلف الدراسي
«Academic Deficiency» or Retardation

اضطرابات المحيط المدرسي كاضطراب الحياة العائلية فكلا الجوين يحول دون تقدم الطفل دراسياً، ويساهم في التأخر الدراسي.

من اضطرابات الحياة العائلية:

١ ـ عدم منح الطفل الرعاية الكافية والحب والحنان.

٢ ـ عدم الاهتمام بالفروق الفردية بين التلاميذ.

ومن اضطرابات الجو المدرسي:

١ ـ التبرم من قبل المعلمين من وضع الأطفال المقصرين.

٢ ـ عدم دراسة حالات الأطفال الخاصة.

٣ ـ وجود نظام الاختبارات التقليدي، وعدم وجود اختبارات حديثة مقننة.

٤ ـ وجود اختلاف بين العمر الزمني والعمر التحصيلي.

وغالباً ما يكون التأخر الدراسي مصحوباً بمشكلات ناتجة عنه أو مسببة له.

من هذه الحالات: الشرود الذهني ـ الهروب من المدرسة ـ مشاكسة ـ جنوح بجميع أشكاله، وذلك نتيجة الشعور بالنقص والإخفاق[١].

إن سبب تأخر التلاميذ ليس متأثراً فقط بانخفاض القدرة العددية، وقد لا يكون سبب التأخر مرتبطاً بمعلم المادة، وخاصة أول معلم للمادة وطريقة شرحه وعرضه للمادة (أسلوب المعلم).

---

(١) د. عبد العزيز القوصي ـ أسس الصحة النفسية ـ موضوع حالات من التأخر الدراسي ص ٤٢٠، ٤٢٦.

وإنما تكون متأثرة بضعف السمع، أو ضعف الإبصار وقد تكون الحالة الصحية للتلميذ عموماً عاملاً من عوامل تخلفه.

وكذلك الحالة النفسية للتلميذ بجانب الحالة الاجتماعية، أي خلاف الوالدين المتكرر ـ المعاملة القاسية للتلميذ ـ مكان الاستذكار غير الملائم ـ الإضاءة والهدوء ـ وجود مغريات أو مشتتات الخ.

وقد يكمن التأخر في نقص الدافعية للتعليم، لأي سبب من الأسباب ـ مثل عدم وضوح الهدف أمام التلميذ من التعليم ـ أو لأي سبب آخر من الأسباب التي ذكرناها.

فلا بد أن يسأل المعلم نفسه وكذلك المرشد هذا السؤال:

س ١: هل يعتبر تخلف التلميذ حديث أم تخلف مزمن؟ فإذا كان التخلف حديثاً، فهذا يوفر على المدرس البحث في جوانب كثيرة، ويوفر عليه الوقت والجهد، وعليه أن يبحث عن ظروف الطفل في الفترة الأخيرة. ما هي المشاكل التي طرأت أخيراً؟ ما هي الكوارث التي حلت بالأسرة؟ هل هي وفاة لأحد الأبوين أم مرض ـ أم تغيب عن المدرسة؟.

والعلاج يكمن في تدارك الأسباب والوقوف على ظروف الطفل ومواجهتها.

س ٢: هل التخلف الدراسي للطفل عام وشامل لكل الدروس أم هو قاصر على تخلف في مادة بعينها أم مواد أخرى شاملة.

فإذا كان التخلف في مادة بعينها، فإن ذلك يقودنا إلى عدم التفكير في انخفاض مستوى الذكاء العام للطفل.

وبذلك ينحصر التفكير في علاقة الطفل في المادة بعينها.

وهذا يقود المعلم إلى التفكير في الأسئلة التالية:

س ١: هل ينحصر السبب في عدم توفر إمكانيات اتقان أساسيات المادة. بمعنى أن هناك نقص في القدرة العقلية الخاصة بتلك المادة (القدرة العددية).

فإذا كان الأمر كذلك، فسيكون العلاج هنا تعليمي ـ لإصلاح هذا العجز.

أم ينحصر السبب في علاقة معلم المادة بالتلميذ؟ كأن تكون العلاقة سيئة مثلاً؟.

أم ينحصر الأمر في صعوبة المادة، أو انحطاط قيمة المادة في نظر التلميذ؟

فإذا عرف السبب الحقيقي الذي وراء التخلف، استطاع المعلم أن يوجه جهوده إلى طرق العلاج.

وإذا كان التخلف عاماً وشاملاً لجميع المواد أو أغلبها، هنا لا بد أن يرجع المعلم إلى البطاقة المدرسية (السجل الشامل) ليقف على حالة التلميذ الصحية وظروفه الأسرية، وانتظامه في الدراسة ومستواه التحصيلي وعلاقاته بالآخرين الخ.

العلاج:

يتصل المعلم بالأخصائي الاجتماعي وبالمدرسين الآخرين وولي أمر التلميذ لدراسة المشكلات.

وإذا تعثر الحل ـ حوله إلى الأخصائي النفسي لعلاج المشكلات بطرقه الخاصة.

الهدف من العلاج النفسي:

١ ـ تقديم خدمات إلى التلاميذ والأخذ بأيديهم لحل مشكلاتهم. حتى يتعرف التلميذ على حالته كفرد وكعضو في جماعة.

٢ ـ وتساعد التلميذ على تعريفه بالفرص التعليمية المناسبة له والكشف عن ميوله واستعداداته.

٣ ـ توجيه التلميذ الوجهة الصحيحة، حتى تنمو وتزدهر مواهبه واستعداداته.

٤ ـ مساعدة التلميذ في وضع خطة تساعده في تقويم تحصيله الدراسي.

٥ ـ مساعدة التلميذ في تزويده بمهنة تتناسب مع ميوله وقدراته إذا تعثر علاجه[1].

علاقة المعلم بالمرشد:

١ ـ هي علاقة تشاور بخصوص مشكلات التلاميذ وتأخرهم الدراسي، والظروف الأسرية التي تحيط بهم.

---

(١) مرسي، الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني ـ مرجع سابق.

٢ ـ يتعرفون على الأطفال الذين يحتاجون إلى دراسة خاصة أو معاونة.

٣ ـ يساعدون التلاميذ في الكشف عن قدراتهم وإمكانياتهم ونواحي قصورهم.

يساندون برامج النشاط المدرسي، ويشجعون التلاميذ على المشاركة فيها لاكتساب الخبرات التي تساعد على نموهم.

٥ ـ يحتفظ المعلم والمرشد بسجل لكل تلميذ يتضمن بيانات عن الاختبارات ودرجات لكل تلميذ، وملاحظاتهم على التلاميذ ونواحي قصورهم.

علاج حالات التأخر الدراسي:

يجب أن تعالج حالات التأخر الدراسي مبكراً حتى لا تتفاقم الأمور ويصعب علاجها فيما بعد.

ونحن نرى هنا أن المسؤولية تقع على عاتق المعلمين لأن أغلب الأسر قد لا يتوفر لديها أسلوب العلاج العلمي أو إمكانيات العلاج عموماً. فقد تدخل ميدان العلاج لتعمِّر فتدمِّر.

لكن بعض المعلمين قد لا تتوفر لديهم إمكانيات العلاج. بمعنى أنهم لم تنضج عندهم الأنا الأعلى والذي يمثل القيم التقليدية للمجتمع ومثله وهو الدرع الأخلاقي للشخصية.

والأنا: له أهمية كبيرة في بناء الشخصية، شخصية معلم، ووظيفته التوسط بين المطالب الغريزية للمعلم والظروف البيئية المحيطة به.

بعض المعلمين يسقطون رغباتهم اللاشعورية على الأطفال، باعتماد القسوة، فهم معلمون متسلطون Authoritarian Teachers وكذلك تحقير التلاميذ، ينظرون إلى الأطفال بزهو وعجرفة، وذلك بسبب تخصصاتهم أو علومهم التي حصلوها.

بعض المعلمين لم يتخذ مهنة التعليم مهنة أساسية أو نهائية، فهو يسعى عند الحصول على أي فرصة سانحة التخلص من مهنة التعليم، ويلتحق بالمهنة التي يحبها ويسعى للحصول عليها، وهذا ينعكس أثره على الأطفال ويؤدي بهم إلى التأخر الدراسي.

المطلب السابع

حالات الأطفال المتأخرين دراسياً

الحالة الأولى: طفل ذو خلق غير مستقر (الطفل المضطرب):

مميزات هذا الخلق (خصائصه):

١ ـ مهارة يدوية.

٢ ـ ذكاء.

٣ ـ ميل إلى مهنة تنطوي على مخاطرة، هذا الطفل يسهل إغراؤه بالهروب من المدرسة[١].

العلاج:

١ ـ تهيئة فرص عمل، يمكن أن ينتهي منها بسرعة.

٢ ـ الإشراف على انتظام عمله المدرسي.

الحالة الثانية: طفل خامل:

خصائص الطفل الخامل:

١ ـ طفل منبسط.

٢ طفل ذو وجه خالٍ من التجاويف.

٣ ـ طفل ممتلىء الصحة.

٤ ـ يستجيب للأشخاص وللأحداث بتفاهة.

٥ ـ خالٍ من التوتر النفسي.

٦ ـ يتعلم النظافة ببطء.

٧ ـ تزيد قامته بسرعة مع بعض الترهل.

٨ ـ يحافظ على نفسه محافظة شديدة.

٩ ـ قليل التفاعل مع الآخرين.

١٠ ـ يميل إلى الوداعة معهم.

---

(١) شحيمي ص ١٢.

١١ ـ بعضهم يقوم بالعمل المطلوب منه ولكن دون حماس.

١٢ ـ لا يوجد لديهم ميل حقيقي للبحث والقراءة.

١٣ ـ يؤجل عمل اليوم إلى الغد.

١٤ ـ يتمطى ويتثاءب.

١٥ ـ لا يقوم بإعداد واجباته المدرسية.

١٦ ـ بعضهم لديه قدرة من الذكاء، ولكن هذا الذكاء يبقى غير فعَّال.

١٧ ـ يتميز بطاقة ملفتة للنظر، تظهر أثناء اللعب.

١٨ ـ يعجز أحياناً عن الارتفاع بقوته إلى المستوى السابق الذي تصرف به.

لذا ننصح:

١ ـ بالبحث عن أساليب كفيلة برفع مركز استعمال الطاقة أو البحث في كيفية استغلالها وتوظيفها وتنميتها. وهنا يأتي دور المعلم والأسرة في تحمل تلك المسؤولية.

العلاج: يتم العلاج من خلال طريقتين:

الأولى: الإعلان اللفظي عن ذلك الخمول كأن يكشف له عن نقاط الضعف فيه ومصدرها.

الثانية: تزويده بطاقة يصرفها في اللعب كأن يكلف بأعمال يقوم بها، فيتعلم معنى الجهد. ويتذوق الإشباع في هذا الجهد، وقد يعود إلى الكسل مرة أخرى، لكن بالإصرار على جعله يصل إلى إتمام العمل والاهتمام به، ولو عن طريق المكافآت والحوافز.

الحالة الثالثة: الطفل البليد الحس:

البليد غير الخامل، يتفقان في أنهما كسولان لكن كسل الأول غير الآخر، يختلف عنه في مصدره وطبيعته.

فالبليد يدخل كسله في تركيبه البيولوجي. وربما يعود إلى نوعية مزاجه أو لوراثته الشخصية (قرابة الدم) أو أمراض الطفولة المبكرة، أو المكوث طويلاً في المستشفى لحالة مرضية أو تربية متشددة.

خصائصه:

١ ـ طفل هزيل، صغير وسقيم بلا مقاومة.

٢ ـ يميل في حياته إلى الخنوع نتيجة ضعفه.

٣ ـ كثير الحساسية للأمراض البسيطة.

٤ ـ خالياً من الحيوية والنشاط.

يشاهد في الملعب منزوياً، لا ينضم إلى فريق من فرق اللعب.

٥ ـ يميل إلى الرياضيات، ويحصل إلى نتائج محددة فيها. لأن الخوض فيها يتناسب مع هدوئه وصبره، وأن مخزون الذكاء قد لا يستعمل في هذه المادة.

٦ ـ أثناء الفحص الإكلينيكي، يظهر تردداً كبيراً، ويتسم سلوكه بالخجل والوسوسة.

٧ ـ عند سؤاله، يجيب بمط شفتيه أو يهز كتفيه، أو بحركات تدل على الملل.

٨ ـ غالباً ما يفقد ثقته بنفسه، ويفقد الإرادة.

العــلاج:

١ ـ العلاج الفسيولوجي.

العلاج الفسيولوجي ضروري جداً، وخاصة إذ كان السبب ناتجاً عن إفرازات الغدد الصماء.

٢ ـ العلاج التربوي والنفسي ضروريان، عن طريق رفع الروح المعنوية، وبث الشعور بالتفاؤل والثقة بالنفس.

٣ ـ يمكن علاج الطفل بالنشاط الرياضي، كالسباحة وكرة القدم، ويعتبر النشاط الكشفي علاجاً شافياً للركود الجسمي والنفسي، عند هذا النوع من الأطفال.

٤ ـ العمل الجماعي كنشاط لهؤلاء الأطفال. وخاصة العمل المدرسي، هذا النوع من العمل يعتبر جريمة من الدافعية ويحرر الطفل من الانطواء.

الحالة الرابعة: الطفل بطيء التعلم:

يعتبر الطفل الذي تنحصر نسبة ذكائه ما بين ٧٤ ـ ٩١ درجة يكون من ضمن

المجموعة أكثر تمثل بطء التعلم.

أما إذا تدنت النسبة عن ٧٤ درجة فيعتبر متخلفاً عقلياً.

خصائص ومميزات الطفل بطيء التعلم:

١ ـ من الناحية الجسمية: يكون متخلفاً عن المتوسط العام لمن هو في مثل عمره الزمني فغالباً ما يكون أقل طولاً وأثقل وزناً. وقد يعاني من بعض الأمراض الفسيولوجية أو الغددية.

٢ ـ ضعف التركيز ـ كثير الشرود.

٣ ـ مضطرب العلاقات مع رفاقه ومع إخوته.

٤ ـ يعاني من الشعور بالإحباط وخيبة الأمل ويميل إلى العزلة.

العــلاج:

١ ـ الفصل بين تلك المجموعة والمجتمع ليس في صالح المجتمع، فلربما يؤدي ذلك إلى تكوين اتجاهات عدائية عند هؤلاء التلاميذ ضد المجتمع.

بل يجب أن يشتركوا في جميع النشاطات المدرسية، مثل الحفلات والاجتماعات والرحلات والمباريات، وإن انفصلوا في مجموعات خاصة.

فإننا ننصح ألاَّ يتم الفصل إلاَّ في حالة واحدة، وهو تعذر مواجهة هؤلاء التلاميذ في الفصول الدراسية العادية.

٢ ـ العلاج النفسي:

١ ـ تزويد الطفل بطيء التعلم بمعلومات عن العلاقات الاجتماعية، قبل أن يترك المدرسة، ووسائل تربوية، وأجواء مناسبة خلال تنمية قدراته.

العلاج التربوي:

تزويد الطفل بحد أدنى مما يلزمه من التربية ليتمكن من ممارسة حياته في مجتمعه، وأن يفهم الأمور الاقتصادية والمالية الضرورية.

ويجب أن تتعاون المدرسة مع البيت في توفير مهنة يتعلمها الطفل ليؤمن عيشه منها.

المبحث الثاني

(مشكلات الطفولة العادية)

ثانياً: الطفولة والمشكلات السلوكية

المطلب الأول

مشكلات مرتبطة بالشعور بالأمن (القلق ـ الخوف ـ الخجل)

(مشكلات انفعالية)

القلق

تعريف القلق:

١ ـ إنه شعور مبهم غير سار، بأن شيئاً ما غير مرغوب، سوف يحدث ويرتبط هذا الشعور بانفعال الخوف، ومن الصعب أن نضع خطاً فاصلاً بينهما.

بينما لا يكون للقلق عادة ـ سبب واضح ولا يرتبط بالزمان والمكان.

٢ ـ هو حالة من الشعور بعدم الارتياح والاضطراب، والهم المتعلق بحوادث المستقبل، ذلك للأسباب الآتية:

١ ـ فقدان حب الوالدين.

٢ ـ الأذى الجسمي.

٣ ـ الاختلاف عن الآخرين.

٤ ـ العجز عن التعامل مع الحوادث.

٣ ـ هو الشعور بالاكتئاب والحزن والضيق، وعدم الارتياح حول مشكلات متوقعة[١] أو هو الخوف من المجهول[٢].

أعراض القلق:

أ ـ أعراض جسمية فسيولوجية.

ب ـ أعراض نفسية فسيولوجية.

---

(١) حواشين سابق ص ١٣٢.

(٢) حواشين ص ٣٣.

ومن مظاهرها: التهيج ـ الصراخ ـ سرعة الحركة ـ الأرق ـ الأحلام المرعبة ـ فقدان الشهية ـ التعرق ـ الغثيان ـ الصداع ـ صعوبة التنفس ـ والتقلصات اللإرادية الأخرى مثل الاضطرابات المعدية، وسرعة ضربات القلب، والاكتئاب. والأطفال الأكثر قلقاً غالباً ما يحصلون على درجات أقل في اختبارات الذكاء والتحصيل خلال دراستهم الابتدائية.

أسباب القلق:

له أسباب عدة منها ما يلي:

١ ـ انعدام الأمن وذلك لسبب الإهمال من الوالدين أو النقد والتوبيخ ـ أو الثقة الزائدة من الآباء.

٢ ـ الشعور بالذنب مثل ارتكاب أخطاء أو إساءة تصرف.

٣ ـ الفشل بسبب الإحباط المستمر.

٤ ـ تقليد الوالدين والاقتداء بتصرفاتهم، فالآباء القلقون كثيراً ما يجعلون القلق ينمو في نفوس أبنائهم.

١ ـ انعدام الأمن وذلك بسبب.

أ ـ التسيب والإهمال من الوالدين:

وذلك بسبب عدم وجود حدود واضحة توضح السلوك المناسب. فيشعر الأطفال بالضياع لأنه تعوزهم الثقة والخبرة.

ب ـ النقد الزائد:

يؤدي النقد الزائد من قبل الراشدين والكبار إلى حالة من الاضطراب والتوتر، وخاصة إذا شعر الأطفال بأنهم موضع تقييم أو حكم.

جـ ـ عدم الثبات في المعاملة:

قد يؤدي تقلب الآباء والمعلمين في المعاملة إلى حالة من التشوش والقلق لدى الأطفال، كذلك يحصل القلق في المدرسة عندما يتسم المعلم بعدم الثبات في التعامل.

٢ ـ الشعور بالذنب مثل ارتكاب أخطاء أو إساءة تصرف.

ويحدث ذلك عند الصراع بين المثل العليا الداخلية والسلوك أو التصرف.

٣ ـ الفشل: بسبب الإحباط المستمر.

ويحدث ذلك عندما يصاحبنا الفشل بعد مواجهة أحداث لا يمكن التنبؤ بها أو فهمها فوراً، ويتكرر ذلك في عدة مواقف.

أنواع القلق:

يصنف (فرويد) القلق إلى ثلاثة أنواع هي:

١ ـ القلق الموضوعي.
٢ ـ القلق العصابي.
٣ ـ القلق الخلقي.

وهذه الأنواع لها اتصال وثيق بالتقسيم الذي ذكره (فرويد) للجهاز النفسي، والذي يشتمل على «الأنا والهو والأنا الأعلى»، وعلاقة تلك الأقسام بعضها ببعض.

القلق الموضوعي:

هو القلق الذي يكون مصدره خارجياً. والقلق الموضوعي عبارة عن رد فعل لإدراك خطر خارجي، أو الأذى يتوقعه الشخص ويراه مقدماً.

مثل: رؤية الشخص لسحابة قائمة في الأفق، فإن هذه السحابة تشعره بالفزع.

وكذلك نهتز دوماً إذا رأينا أقدام حيوان متوحش في غابة مثلاً.

وكذلك الطالب الذي ضيع وقته في اللعب بشراسة بالفزع عند قرب الامتحان.

٢ ـ القلق العُصابي:

ويرى فرويد أن القلق العصابي يظهر في صور رئيسية ثلاثة:

أ ـ في صورة قلق عام.
ب ـ في صورة مخاوف مرضية.
جـ ـ في صورة تهديد.

القلق العام:

يكون غير مرتبط بموضوع محدد، فيشعر الفرد بحالة من الخوف الغامض

المنتشر (العام) غير المحدد.

القلق في صورة مخاوف مرضية:

ويتضمن إدراك بعض الموضوعات المحددة، كالخوف عند بعض الأفراد عند رؤية الدَّم مثلاً، أو بعض الحيوانات.

القلق في صورة تهديد:

فهو يظهر في صورة قلق مصاحب لأعراض المرض النفسي كالهستريا مثلاً إن هذا الشخص الذي يتوقع حدوث هذه الظاهرة يشعر بالقلق، ويجعله في حالة تهديد.

٣ ـ القلق الخلُقي:

ينشأ القلق الخلقي والإحساس بالذنب نتيجة الإحباط، إحباط دوافع الذات العليا.

مصادر القلق:

آراء بعض العلماء الذين ناقشوا هذا الموضوع. أمثال فرويد، وأدلر، وهندرسون وجيلزبي، وهورفي.

رأي فرويد:

ناقش فرويد موضوع القلق الخُلقي من زاويتين:

١ ـ ما طبيعة الموقف الأول الذي يسبب القلق للطفل.

٢ ـ ما العلاقة بين القلق ودينميات الشخصية الأخرى.

ولقد أجاب فرويد عن السؤال الأول بما يلي:

جـ ١: يرجع فرويد سبب القلق إلى صدمة الميلاد الأولى. فهي تشتمل على مشاعر مؤلمة نتجت عن تغير بيئة الطفل بسبب ميلاده، وهذه الصدمة نتجت عن انفصال الطفل عن أمه، واستقلاله عنها.

جـ ٢: لقد ربط فرويد بين القلق والرغبة الجنسية. (اللبيدو).

فقد ينشأ عندما يعاق (اللبيدو) من الإشباع الطبيعي.

فعندما يكون الفرد في حالة استثارة جنسية قوية ولا نجد ما يشبع ذلك فإنه تظهر مشاعر القلق في صورة فزع. وكلما كانت الاستثارة قوية ولم يجد الفرد ما يشبعها كلما أدى ذلك إلى ظهور أعراض القلق بصورة عنيفة.

فقط ربط فرويد بين القلق وبين الاستثارة الجنسية غير المشبعة.

رأي فرويد الأخير:

لقد عدل فرويد في كتابه الأخير (القلق) الذي نشر في عام ١٩٢٦ نظريته في مفهوم القلق، فإنه لم يعد يؤكد الخبرات التي تنتج عن صدمة الميلاد باعتبارها العوامل الوحيدة الأساسية للقلق. وإنما قرر بجانب ذلك وجود مواقف خطرة تهدد الفرد في مراحل نموه المختلفة.

منها: خوف الطفل من فقدان حب أمه، وخاصة في السنوات الأولى ـ المبكرة في حياته، و كذلك ما يتعرض له الطفل من عوامل إحباطية تتصل بإشباع الدوافع الأولية، مثل: التغذية والإخراج والميل إلى العدوان.

رأي أدلر:

يرى (أدلر) أن القلق النفسي ترجع نشأته إلى طفولة الإنسان الأولى، كأن يشعر الفرد بالقصور الذي ينتج عنه عدم الشعور بالأمن. وقد حدد (أدلر) مفهوم القصور في بادىء الأمر بأنه القصور العضوي، ثم ذهب بعد ذلك فعمم هذا القصور حتى شمل القصور بمعناه المعنوي أو الاجتماعي.

والمقصود بنظرية القصور العضوي، في نظر (أدلر) أن الفرد يتمثل هذا القصور في أحد أعضاء جسمه. إما نتيجة لعدم استكمال نموه وتوقفه، أو لعدم كفايته التشريحية أو الوظيفية. ويؤدي هذا القصور أو النقص فيزيد شعوره بعدم الأمن، ومن ثم ينشأ القلق النفسي.

ولم يلتزم (أدلر) حدود القصور العضوي، بل وسع مدلول القصور حتى جعله يشمل القصور المعنوي، أو الاجتماعي. وبين أثر القصور في نشأة القلق.

رأي هندرسون وجيلزبي:

اختلف رأي هذين العالمين عن رأي فرويد، إذ يعتقدان أن هناك مواقف

إحباطية معوقة تؤدي إلى الصراع النفسي ومن هذه المواقف:

١ - الحالة الاقتصادية، الفشل في الحياة الزوجية، أسلوب التربية الخاطئة - عاهات البدن الخ.

هذه النظرة أعم من نظرة (فرويد) قد شملت على أسباب مادية وعائلية ونفسية.

أما رأي هوربي:

يرى هورني أن القلق يرجع إلى ثلاثة عناصر وهي:

الشعور بالعجز، والشعور بالعداوة، والشعور بالعزلة.

وهذه العوامل تنشأ عن الأسباب الآتية:

١ - انعدام الدفء العاطفي في الأسرة وشعور الطفل بأنه منبوذ ومحروم من العطف.

٢ - بعض أنواع المعاملة التي يتلقاها الطفل، مثل السيطرة المباشرة أو غير المباشرة، وعدم العدالة بين الإخوة وعدم احترام الطفل.

٣ - البيئة وما تحويه من تعقيدات ومتناقضات، ومنها: الإحباط والحرمان، مما يشعر الطفل بأنه يعيش في عالم متناقض مليء بالغش والخداع.

وينشأ هذا التناقض من اختلاف وجهتي النظر بين المدرسة والبيت، فهما يقدمان غالباً نظريات متباينة. وإكراه الطفل على الالتزام بأنواع معينة من السلوكيات يؤدي إلى اضطراب الشخصية، ومن ثم القلق.

وتقول هورني: إنه مهما تكن مظاهر القلق وأشكاله فإنها تنبع من مصدر واحد، وهو شعور الطفل بأنه عاجز وضعيف ولا يفهم نفسه ولا الآخرين، وأنه يعيش وسط عالم عدائي مليء بالتناقض.

وتؤكد (هورني) على أهمية القيم الاجتماعية وأثرها في تكوين الشخصية، وتؤكد على ارتباط القيم والمعايير بأنواع الصراع بخلاف (فرويد) (وأدلر).

الوقاية من القلق:

منها ما يلي:

١ - تطوير قدرة الطفل على فهم وحل المشكلات، وهذا يؤدي بالطفل إلى

معرفة للعلاقات السببية بين الحوادث.

وحل المشكلات فوراً وعدم التهرب من حلها.

٢ ـ التقليل من مخاوف الأطفال الموهومة.

علينا أن نتقبل تخيلات الأطفال جميعها، يتخيل الأطفال الوحوش والأشباح، وينتابهم شعور بالذنب أو الخوف.

فالأحلام والتخيلات أمر طبيعي، لذا يجب أن نشجع الأطفال لكي يستعملوا مخيلتهم على نحو منتج، ولكي يسهم التخيل في تحقق الأهداف، ويحول دون شعور الطفل بالقلق ويساعد على تقبل الذات.

علاج القلق:

فهي كثيرة منها:

١ ـ إعطاء الطفل شعوراً بالطمأنينة والمؤازرة.

٢ ـ تدريب الطفل على الاسترخاء (التنفس بعمق ـ إرخاء العضلات) مرتين يومياً (صباحاً ومساءً).

٣ ـ تشجيع الأطفال على التعبير عن الانفعالات أي التعبير عن المشاعر بحرية. وهذا يخفف القلق.

عندما نسمع معاناة الأطفال وتذمراتهم هذا يؤدي إلى التخفيف من الإحباط والكره.

وهذا يتم عن طريق ألعاب خفيفة، تتضمن أسئلة مفتوحة مثل (ماذا يمكنك أن تعمل لو تخطاك شخص، وأنت تنتظر دورك في صف؟.

٤ ـ الحديث الإيجابي مع النفس.

علينا أن نبعد أطفالنا عن الحديث السلبي مع الذات، كحديثهم لأنفسهم بأنهم لن ينجحوا أبداً، وأنهم سيواجهون خطراً ما. علينا أن نشجعهم على التفاؤل وعدم الاستسلام لليأس.

٥ ـ مراجعة الأخصائيين في علاج القلق.

«حـالات»

يعرض الباحث فيما يلي حالات من القلق تتمثل في:

١ ـ حالة طفل عمره خمس سنوات، يخشى أن يترك والديه، أو أن يموتا، أو أن يهاجم بيته اللصوص.

هذه حالة من القلق الشديد.

وقد تقرر أن يشجع الطفل على التعبير الحر عن مشاعره من خلال اللعب أو الحديث.

وهذه الطريقة كانت فعالة، وبعد جلسات لعب متعددة أصبحت حدة القلق أقل.

وأيضاً استخدم الوالدان طريقة أخرى، وهي اللعب مع الطفل، كلما شعر بالقلق، فيرويان له قصصاً مبهجة[١].

٢ ـ تدني اعتبار الذات:

هذه حالة من ضمن حالات نقص الشعور بالأمن. كثيراً من المشكلات في الطفولة الباكرة ينجم عن الشعور بانخفاض الذات.

وهذا يؤثر على دوافعه واتجاهاته وسلوكه، ينظر إلى كل شيء بمنظار تشاؤمي.

لذا يجب على الأطفال أن يكون لديهم مفهوم إيجابي عن الذات.

ويمكن التصرف إلى صورة الذات من خلال الإجابة عن ثلاثة أسئلة:

«من أنا» «كيف أقوم بعملي» «كيف أقوم بعملي مقارنة مع الآخرين»[٢].

الأطفال الذين يفتقرون إلى الثقة بالذات يكونون غير متفائلين حول نتائج جهودهم، فيشعرون بالعجز والنقص والتشاؤم، ويفقدون حماسهم بسرعة، ويستسلمون بسهولة، وغالباً ما يشعرون بالخوف، ويتعاملون مع الإحباط والغضب بطريقة غير مناسبة.

---

(١) Keat, Donald: fundamentals of child counseling. haughton - mifflin, Boston (1974)

(٢) مرجع سابق «مشكلات الأطفال المراهقين» ص ١٥٠.

المطلب الثاني
الأسباب والعلاج

الأسباب:

١ ـ الممارسات الخاطئة في تنشئة الأطفال مثل:

أ ـ حماية زائدة، لأنهم لا يتعلمون كيف يتعاملون مع المشكلات بأنفسهم، ولا يشعرون بالاستقلالية، ولا تحترم أحكامهم الخاصة.

وغالباً ما يصبحون جبناء وخائفين من الوقوع في الأخطاء.

ب ـ الإهمال: إهمال الآباء لأطفالهم يؤدي بالأطفال إلى الشعور بأنهم غير جديرين بالاحترام والعناية بهم.

جـ ـ التسلط والعقاب: بعض الآباء يستخدمون طرقاً تسلطية، ويعاقبون بشدة، وتفتقر علاقاتهم مع أبنائهم للتفاعل الإيجابي، والاحترام المتبادل، وهذا يؤدي إلى عدم اعتبار الذات عكس نمط استخدام المكافآت والحوافز.

د ـ النقد وعدم الاستحسان:

تقبل الآباء، وتعاطفهم واستحسانهم وتفهمهم وامتداحهم للطفل إلى ارتفاع في اعتبار الذات، بينما يؤدي النبذ والنقد إلى شعور بعدم الجدارة، ويؤدي اللوم المستمر إلى تكوين صورة للطفل عن ذاته بأنه طفل شقي، وهذا يؤدي إلى انخفاض اعتبار الذات لديهم كما ينخفض تحصيلهم الأكاديمي، وغالباً ما يتصرفون على نحو سيىء.

٢ ـ التقليد:

يعطي بعض الآباء نماذج غالباً ما يقلدها الأطفال، وهذا يؤدي بالأطفال إلى عدم احترام أنفسهم، وهم يقلدون تعليقات والديهم بأن الآخرين أكثر نجاحاً.

٣ ـ الاختلاف والإعاقة:

إن الأطفال الذين يشعرون بأنهم يختلفون عن الآخرين يشعرون عادة بانخفاض في اعتبار الذات مثل (قبح المنظر أو القصر أو طول القامة. .) الخ.

وهذا يشعرهم بالغضب نحو أنفسهم ويشعرهم بالكراهة للآخرين.

الوقاية:

من أهم أساليب الوقاية:

١ ـ مساعدة الطفل على أن يفكر بمنطقية وأن يفهم ذاته ومساعدة الأطفال على التفكير بعقلانية، وأن يفكروا تفكيراً منطقياً.

٢ ـ تشجيع الكفاءة والاستقلالية عند الأطفال وخاصة عند مواجهة المشكلة.

يجب أن نشجعه على أن يستعمل عقله في معالجة المشكلات، ولا نقدم له المساعدة إلا إذا احتاج إليها. وعلى الآباء امتداح الأفكار والتصرفات الأفضل، وتجنب العقاب بقدر الإمكان.

العــلاج:

١ ـ التركيز على الجوانب الإيجابية، ولكي نغير من اعتبار الذات المنخفض يجب أن أركز على الخصائص الإيجابية للطفل ـ على أي جانب قوة أو إنجاز لكي نبرزه ونشجعه.

٢ ـ تزويد الطفل بخبرات بنَّاءة.

يجب تزويد الأطفال بخبرات تعيد بناء ثقتهم بذاتهم، وأن استخدم مكافآت ذات معنى لدى الطفل مثل إشراكهم في الكشافة والموسيقى ونوادي الهوايات والرياضة وغيرها من النشاطات التي تؤدي إلى رفع الروح المعنوية.

٣ ـ استخدام المكافآت والحوافز بدلاً من التعاقدات.

التعاقدات بمعنى: عقد الاتفاقات مع الأطفال في الحصول على المكافآت يؤدي إلى الإحساس بالجدارة الشخصية.

مثل: تنظيف غرفته وعمل بعض الواجبات المنزلية لفترة محددة من الوقت في كل يوم.

وهذ أيضاً يؤدي إلى رفع الروح المعنوية.

تقرير حالة من الذات:

استخدمت إحدى الأمهات مع طفلها أسلوباً كان قد بحث في عادة حول نمو الأطفال:

الطفل كان قد اعتاد أن يستخدم الكثير من التعليقات السالبة عن الذات، كما كان يبدو فاقد الحماس إلى درجة كبيرة، وقد عملت الأم على إشراك ابنها خلال العطلة الأسبوعية في برنامج ترفيهي مع قائد متحمس وحساس، وعملت من البيت على تعليمه أن يتوقف عن الخفض من قيمة ذاته باستخدام التعليقات السلبية، وبينت له كيف يفكر بطريقة إيجابية، ويركز على الجوانب الجيدة لديه ويفكر فيها.

وقد تحدثت الأم بافتخار: أن قائد المجموعة الترفيهية، وقد أبدى اهتماماً بالتقدم الذي يحرزه، وأن الطفل بدى عليه الحماس أكثر، ويبدي اهتماماً بالمشاركة في البرنامج الترفيهي..

الخـوف

تعريف:

الخوف انفعال قوي مخزن ينتج عن إدراك أو توقع خطر معين[1].

ويتميز الخوف بأنه انفعال متعلم إضافة إلى وجود مخاوف غريزية مثل فقدان التوازن ـ الحركة الفجائية وغيرها.

يصاحبه تغيرات فسيولوجية مثل: تسارع ضربات القلب، والارتعاش، والشعور بالوهن، وفقدان الثقة بالنفس.

إذن الخوف من المشكلات الانفعالية نتيجة عدم الشعور بالأمن.

أسباب الخوف:

هناك أسباب رئيسية تسبب الخوف منها ما يلي:

١ ـ الحوادث الطبيعية مثل العواصف ـ الظلام ـ والبرق والرعد.. الخ.

والخوف من الوحدة ـ والخوف من الوحوش.. الخ.

٢ ـ التوتر النفسي.

ويندرج تحته:

أ ـ الصدمات (الصدمات العاطفية والانفعالية) مثل الأخبار المفجعة ـ الاختبارات ـ والخ.

ب ـ الضعف النفسي أو الجسدي فالطفل الضعيف أكثر عرضة للمخاوف من غيره، وخاصة إذا كان الطفل يعاني من تدني اعتبار الذات.

جـ ـ الغضب: الاستفزاز وإساءة معاملة الأطفال يؤدي إلى إثارة الخوف وخاصة من العقوبة والشعور بالذنب.

٣ ـ التأثير على الآخرين واستغلالهم بحيث يعتمد الطفل على الخوف لكسب عطف من حوله والرضوخ إلى مطالبه.

---

(١) حواشين ص ١٣٧، ١٩٨٩م.

٤ ـ حساسية الاستجابة، بعض الأطفال مشدودين بطبيعتهم إلى الأخطار والأصوات العالية، وذلك بسبب حساسية أجهزة الأطفال العصبية المركزية.

٥ ـ الجو العائلي السيىء: والذي يتخلله النقد والتوبيخ والصراعات والخلافات العائلية.

والتقليد للآباء ومحاكاتهم، فالآباء الخائفون يورثون الخوف إلى أطفالهم.

«الوقاية من الخوف»:

للوقاية من الخوف لا بد من اتباع أساليب عدة منها:

١ ـ تهيئة الطفل للتعامل مع التوتر بحذر مع المواقف المخيفة المتحملة الوقوع. بمعنى أن نفهم الطفل بأن المشاكل في الحياة أمر طبيعي، وأن مواجهتها مسألة طبيعية.

٢ ـ التعاطف والتدعيم (بمعنى التعزيز) للمواقف المخيفة إذا شعر الطفل بالأمن.

بمعنى التعاون مع الآباء والأمهات مع أبنائهم وحبهم لهم يؤدي إلى توفير الأمن لهم وإبعاد الخوف عنهم.

٣ ـ وضع الطفل في جو يوفر له مشاركة الآخرين أحاسيسهم ومشاعرهم. بمعنى التفاؤل والهدوء من قبل القائمين والمحيطين بالطفل. بمعنى أن نحيط الأطفال بالرعاية والحكمة حتى يطمئن الأطفال ونخفف من روعهم.

٤ ـ تدريب الطفل على الاقتراب من المواقف والأشياء بالتدريج.

علاج الخوف:

هناك أساليب كثيرة لعلاج الخوف منها:

ـ التقليل من مخاوف الطفل: وذلك بالأسلوب التالي:

أن نقرن المواقف المثيرة بالمواقف السَّارة، كأن نقرن بين الخوف والألعاب المسلية.

ومثل: أن يلعب الآباء مع ابنهم لعبة الاختباء داخل الغرف المظلمة.

إن الجو العائلي الهادىء الأليف يعالج الخوف ويقلل من حساسية الطفل ويشعره بالأمان، ويمكن أن نقلل الخوف بالتدريج على نحو يعود الطفل على المناظر المثيرة للخوف.

على الأم أن تحلل أسباب مخاوفها، وربما كان الخوف أثراً باقياً منذ الطفولة، لذا يجب تحليله ومعرفة أسبابه.

ويجب ألا يؤثر خصام الوالدين المستمر على حياة الأطفال.

فالأطفال يخافون وينزعجون من تلك التصرفات وخاصة أنها صادرة من أعز الناس وأحبهم لديهم.

٢ ـ تدريب الأطفال وتمرينهم:

إن أسلوب اللعب بالطريقة التربوية السليمة يقلل من المخاوف، ويوفر لهم فرصاً طيبة للتعبير عن انفعالاتهم ومخاوفهم.

مثل: اتباع أسلوب التخيل، إن استعمال أسلوب التخيل بصورة إيجابية يخفف من مخاوف الطفل، فتصور الطفل للأحداث المشوقة كالقصص المسلية، أو تصور القيام برحلات ممتعة، أو مشاهدة مناظر مريحة وخلابة يهدىء من روع الطفل ويقلل من مخاوفه.

٣ ـ استعمال المديح والمكافآت:

للمديح والمكافآت سحرها، فهي وسائل هامة لتعزيز مواقف جديدة نريد أن يصل إليها الطفل ليقلع عن المواقف غير السَّارة.

فإذا أقلع الطفل عن الذهاب إلى المدرسة، وحاولنا معه العودة إليها، وبدأ يعود، نقوم بتقديم المديح والمكافآت له لتعزيز الموقف الجديد، وتبديد الخوف من نفسه.

٤ ـ أن ننمي ثقة الطفل بنفسه، ولا نترك الأمر للكبار، وألا نسخر من مخاوف الطفل وأسبابها وبواعثها، لأن ذلك سيزيد الأمور سوءاً.

بمعنى أن ينظر الطفل إلى نفسه بثقة واحترام ولا ينظر إليها نظرة عكسية ـ نظرة تشاؤم.

لأن النظرة الإيجابية للنفس تولد فيها الثقة وتبعد عنها الشعور بالنقص.

٥ ـ التأمل والتفكير:

إن التأمل يزيل الخوف أو يقلل منه على الأقل، ويزيد الهدوء، ومن تلك المجموعة التأملية: التنفس الطبيعي المنظم، والعد البطيء، مما يؤدي إلى التركيز وتقوية الانتباه.

٦ ـ الاسترخاء والراحة:

إن راحة العضلات مفيدة جداً للأطفال لتبديد التوتر وتهدئة الأعصاب.

٧ ـ البحث عن أسباب الخوف والكيفية التي نشأت بها، فإذا اكتشفنا السبب هانت المشكلة.

توجيهات عامة لمنع مشاكل في حياة الطفل:

١ ـ يجب أن نشعر الطفل بالسعادة دوماً، عن طريق الألعاب مثلا، وتجديد نشاطهم عن طريق توجيههم إلى أنشطة جديدة.

٢ ـ يجب أن يفهم الوالدان أن سلوك الأطفال يختلف ويتطور بالتدريج حسب أعمارهم المختلفة لذا: يجب ألا يقابل سلوك الطفل بالتحذير والتعنيف، بل يجب أن يقابل بالمديح والاستحسان إذا قام يكتشف ويجرب ويعبث بكل شيء تصل إليه يده، لا نقول له «لا تفعل هذا» فهذا لربما يقابل بالتمرد والسلوك السلبي.

٣ ـ الصبر والأناة: تأتي بنتائج أفضل من الأوامر والنواهي، والإيضاحات والتوجيهات الصريحة لها نتائجها الطيبة.

٤ ـ يجب على الوالدين أن يشعرا الطفل بالحب الحقيقي لا بالنقد الزائد أو بالخطأ دوماً. لذا يجب أن تكون الصلة العاطفية قوية بين الأهل والطفل.

الخجل

الخجل من المشكلات الانفعالية ومن مشكلات عدم الشعور بالأمن نتيجة فقدان الثقة بالنفس.

فالخجل طبيعي في الأطفال، وتلعب الوراثة دورها في الخجل.

مظاهر الخجل:

يظهر الخجل في الأطفال بشكل طبيعي في الأعمار من ٥ إلى ٦ شهور، وفي عمر سنتين أيضاً.

ومن أهمها:

١ ـ يتحاشى الأطفال الآخرين.

٢ ـ لا يميلون إلى المشاركة في المواقف الاجتماعية (نقص المهارات الاجتماعية).

٣ ـ يميلون إلى الصمت والصوت المنخفض.

٤ ـ يتم تخويفهم بسهولة فهم جبناء، لا يشاركون في أنشطة المدرسة، وربما في البيت أيضاً.

لا يثقون بالآخرين ويترددون في اتخاذ القرارات مثل المبادرة والتطوع.

غير واثقين في أنفسهم أي متحفظين.

أسباب الخجل:

من أسباب الخجل ما يلي:

١ ـ فقد الشعور بالأمن والطمأنينة وذلك للأسباب الآتية.

أ ـ التدليل الزائد:

بعض الآباء يعتقدون بأن أبناءهم ما زالوا صغاراً ويحتاجون إلى الرعاية الزائدة، والحماية من الأخطار.

وهذا بسبب جهلهم لشؤون الأطفال[1] ينشأ الأطفال خجولين اعتماديين وغير منتجين، أي لا يثقون في أنفسهم أي سلبيين.

فقد يشعر الآباء بالذنب إذا لم يحيطوا أبناءهم إحاطة زائدة، وينطبق ذلك على المعلمين أيضاً حين يدللون تلاميذهم ويحيطونهم بالرعاية الزائدة.

ب ـ عدم اهتمام الوالدين بالأطفال (عدم الميل):

قد يؤدي عدم اهتمام الوالدين بأطفالهم إلى نوع من الاستقلالية بالشخصية (قوة شخصية) وقد يؤدي إلى أطفال خائفين خجولين (ضعف شخصية).

وقد يؤدي ذلك إلى شعورهم بأنهم غير جديرين بالرعاية والاهتمام.

جـ ـ انتقادية الوالدين والمعلمين:

يعتقد كثير من الآباء والمعلمين بأن النقد هو الوسيلة الناجحة لبناء شخصية أطفالهم، وقد يكون ذلك على العكس، فقد يؤدي ذلك إلى هدم شخصية الأطفال، ويشعرهم بأنهم سلبيين، غير فاعلين ولا أهمية لهم، لأنهم كثيراً ما يخطئون ولا يرضون الآخرين، فيولد هذا النقد أطفالاً خائفين خجلين يتهيبون من كل موقف يتعرضون له، سواء على مستوى المدرسة أو البيت أو المجتمع المحلي.

د ـ حساسية بعض الأطفال:

بعض الأطفال لديهم حساسية زائدة بسبب نقص في شخصياتهم، وتبعاً لذلك يهربون من الاتصال الاجتماعي، وخوض غمار المواقف الاجتماعية خوفاً من السخرية بهم وإغاظتهم، وخاصة إذا تعرض بعض زملائهم لمثل تلك المواقف فهم يفضلون الانسحاب من مواجهة الآخرين.

وكذلك نرى بعض المعلمين يدللون بعض التلاميذ، وهذا يؤدي بالطفل إلى الاعتماد على المعلم في كل شيء، وهذا يدفع الآخرين إلى السخرية من نقد الآخرين وازدرائهم لهم.

---

(١) مشكلات الأطفال والمراهقين ـ د. شارلز شيفر وهوارد ميلمان ترجمة د. نسيمة ود. نزيه حمدي. ص ٢٠٠.

هـ ـ اختلاف أسلوب التعامل مع الأطفال:

للآباء أسلوب في التعامل مع الأطفال خاص بهم، قد يكونون جازمين، وقد يكونون متساهلين، كذلك المعلمين فهم يختلفون في أسلوبهم، وهذا يجعل الأطفال في حيرة من أمرهم، لماذا ينجذبون؟ وماذا يتوقعون؟ وهذا التناقض وعدم الثبات، يؤدي بالأطفال إلى الخجل والاضطراب في العمل والسلوك.

لذا يجب أن نكون ثابتين في تعاملنا مع أطفالنا وأن يتفق الوالدان والمعلمون في التعامل مع الطفل وأن يكون بينهم تواصل وعلاقة مباشرة، وذلك من خلال زيارة الأب إلى المدرسة والمعلم إلى بيت الطفل إذا كان ذلك سهلاً أو ممكناً، ولا بد هنا أن نشرك المرشد الطلابي في هذا اللقاء أو التواصل، لأنه أقدر الناس على عقد وإدارة هذا اللقاء.

وقد تسبب الإعاقة الجسدية إلى الخجل، فهذا يؤدي بالأطفال إلى الحساسية الشديدة وخاصة إذا اضطروا إلى معاشرة الآخرين والاختلاط بهم، وذلك إذا كانت الإعاقة ظاهرة. أما إذا كانت خفية فيؤدي ذلك إلى الانسحاب الاجتماعي.

الوقاية:

من طرق الوقاية ما يلي:

١ ـ أن نشجع النشاطات الاجتماعية.

أي زيارة الأسر التي بها أطفال من عمر طفلنا، أو نقوم مع طفلنا برحلات خاصة أو أن نقدم الهدايا والابتسامات والمديح، فإن لذلك أثره وفعاليته.

بمعنى أن تزود أطفالنا بتجارب سارة وممتعة لتزيد ثقتهم في أنفسهم، وتقيهم مشاكل مستقبلية.

٢ ـ اقتناع الطفل بالنقص (سلبية الطفل).

عندما يتقبل الأطفال فكرة بأنهم خجولين وقد يكون ذلك له مرجعيته، وهو فقدان الشعور بالذات، ونقدهم لذواتهم، وهذا يدفعهم إلى عدم الاعتقاد في أي مديح أو شكر يوجه إليهم من آبائهم أو معلميهم وابتعادهم عن الآخرين خوفاً من نقدهم إليهم.

٣ ـ الوراثة والإعاقة الجسمية:

قد يكون الأطفال خجولين بسبب تكونهم أو وراثتهم فهم يميلون إلى العزلة والهدوء والانفراد بطبيعة تكوينهم، وقد يرث الأطفال ذلك من والديهم فينقادون إليهم، فالآباء الخجولين يلدون أبناء خجولين في بعض الأحيان.

الإحباط والصراع

ينتج الإحباط من التصادم بين دافعين، فتطلق قواهما في اتجاهين مختلفين فيؤدي ذلك إلى حالة الصراع.

أنواع الإحباط قسمان هما:

١ ـ شخصي.

٢ ـ بيئي.

الإحباط الشخصي:

ويأتي من العجز الشخصي مثل الذكاء المنخفض أو الافتقار إلى القوة البدنية، أو وجود بعض الأمراض أو العاهات.

الإحباط البيئي:

ويأتي من العوائق الموجودة في البيئة مثل القيود التي يفرضها الآباء أو الفقر[1].

أنواع الصراع: وهي ثلاثة أنواع:

١ ـ الاقتراب المزدوج: حيث يجب على الفرد أن يختار بين هدفين مثلاً (الزواج أو العمل).

٢ ـ الاقتراب ـ الابتعاد: حيث يجب على الفرد أن يقرر، أن يقترب من الهدف أو لا يقترب.

٣ ـ الابتعاد المزدوج: حيث يجب على الفرد أن يختار بين هدفين لهما جاذبية بالنسبة مثلاً ـ القيام بعمل كريه أو الإفلاس.

---

(١) مرجع سابق الأمراض النفسية ـ ترجمة محمود الزيادي.

أسباب المرض:

١ ـ العوامل البيولوجية:

أ ـ **الوراثة**: أي الانتقال البيولوجي (من خلال المورثات) من الآباء إلى الأبناء في لحظة الحمل).

ب ـ **التكوين**: ويشير أيضاً هذا المصطلح إلى البناء البيولوجي للفرد ـ أي الخصائص الفطرية للفرد وخبراته البيئية المبكرة والعوامل التكوينية الأساسية هي: المزاج، ووظائف الغدد الصماء، والجوانب الفسيولوجية الأخرى.

٢ ـ العوامل السيكولوجية:

لا بد من دراسة العلاقات بين الطفل ووالديه. ربما يكون التطرف في السلوك بين الطفل ووالديه في أي اتجاه، مصدراً للاضطراب الانفعالي والسلوك الشاذ.

وتكون صور الانحرافات في العلاقات (إهمال ـ حماية زائدة ـ مشكلات الحياة الزوجية، التصدع العائلي) ولا بد من دراسة الشخصية في مراحلها السابقة ونحن يخصنا هنا تلك المراحل الحضانة ـ الطفولة المبكرة ـ الطفولة المتأخرة ـ المراهقة) وتحدث مرحلة المراهقة: متسمة بظهور سلسلة من التغيرات الفسيولوجية الهامة التي تقرب الفرد من النضج البيولوجي والجسمي، وتحدث عند البنات في مرحلة مبكرة في بعض الأحيان في التاسعة والعاشرة، ولا تحدث عند الولادة قبل سن الثانية عشرة.

٣ ـ العوامل الحضارية:

لا تؤدي العوامل الحضارية مباشرة إلى المرض النفسي، باستثناء الضغوط البيئية.

فمثلاً: عند دراسة الحضارة وتأثيرها على العقل فإننا لا نجد جماعة حضارية معينة لها قابلية خاصة لمرض عقلي معين.

ولكن الشواهد تدل على أن المرض العقلي أو صورة واحدة من صوره في جماعة معينة منتشرة في الجماعات المتحضرة أكثر من المجتمعات البدائية.

ولنتناول ظاهرتين هامتين لدراسة تأثير العوامل الحضارية هما:

أ ـ عادات تربية الأطفال.

ب ـ نظام القيم.

عادات تربية الأطفال:

تختلف من حضارة إلى أخرى، وهي تختص بعملية الرضاعة والإخراج والتعبير الانفعالي. الخ.

نظام القيم:

نظام القيم يؤثر تأثيراً بالغاً في نمو الشخصية، نتيجة للفروق بين القيم الأخلاقية التي تعلمها الفرد في البيت والمدرسة والمسجد، والقيم التي يمارسها في المجتمع.

٤ ـ العوامل التكنولوجية والاقتصادية:

وتشمل ظروف العمل والمنزل، وحركة انتقال الأسر وعدم استقرارها، وإمكانية الحصول على لقمة العيش وأبسط الضروريات، كل ذلك يشكل ضغطاً هائلاً على النفس، ويخلق مؤثرات سيكولوجية تعوق نمو الشخصية.

المطلب الثالث

مشكلات مرتبطة باضطرابات العادات

أولاً: اضطرابات النوم:

للنوم أهمية كبيرة في حياة الإنسان، وخاصة الطفل، لأنه بحاجة إلى النوم، كما له من فائدة على صحته الجسمية والنفسية أيضاً، وكما له من أهمية على هدوء البيت.

فإذا لم ينم الطفل الوقت الكافي الطبيعي المناسب لِسِنِّه أصبحت هناك مشكلة.

وهناك نوم طبيعي وغير طبيعي، وبكاء طبيعي وغير طبيعي.

من مشكلات النوم:

١ ـ البكاء عند النوم، بالنسبة للطفل الصغير والرفض بالنسبة للكبير.

٢ ـ الأرق والاستيقاظ المبكر (القلق).

إن مدة نوم الطفل تختلف باختلاف سن الطفل، فالطفل الصغير ذو الشهور، ينام أغلب يومه، ويقل النوم كلما تقدم الطفل في العمر، فابن الثلاثة أشهر ينام ثلاث فترات أو أربع، والذي يبلغ سنة ينام فترتين أو ثلاثة وابن الخامسة لا ينام المدة التي ينامها ابن الشهور أو السنة، بل يقل نومه حتى أنه في الغالب لا ينام وقت الظهر.

ومن الملاحظ: أن ساعات النوم تنخفض في فترة النصف الثاني من السنة الأولى، حيث يتراوح معدل النمو بين تسع ساعات كحد أدنى إلى ثماني عشرة ساعة كحد أقصى يومياً.

وتختلف نسبة النوم أيضاً باختلاف نسبة الذكاء، كالطفل الذكي لا ينام قبل الطفل العادي.

وكذلك يتدرج النوم في الكمية حسب النشاط والخمول، فالطفل النشيط لا ينام قدر الطفل الهادىء أو الخامل. والطفل الهادىء قد ينام أغلب يومه، أما الطفل النشيط لا ينام من النهار إلا قليلاً وكذلك بالنسبة للانتباه (عمق النوم أو الاستيقاظ السريع منه).

يختلف أيضاً الأفعال في الانتباه أو الاستيقاظ من النوم عند أي حركة أو ضوضاء بالقرب من سريره أو البعض الآخر لا يحرك ساكناً أو يبقى يغط في نومه عند أي مؤثر، بمعنى أن بعض الأطفال يكونون شديدي الحساسية عند النوم، يستيقظون عند أي حركة. وقد لوحظ من التجارب أن نوم البنات أعمق من نوم الذكور، ونوم الأذكياء أقل من نوم العاديين[1].

مظاهر النوم القَلِق:

من مظاهر النوم القَلِق:

١ ـ البكاء.

٢ ـ التقلب وقذف الأرجل.

٣ ـ التلويح بالأذرع.

٤ ـ ركل الأغطية.

٥ ـ صرير الأسنان.

٦ ـ ضرب الرأس.

(أسباب قلة النوم):

أولاً: أسباب طبيعية: منها ما يلي:

١ ـ جوع وعطش (أسباب أكل وشرب).

٢ ـ الحرارة أو البرودة (أسباب الطقس).

٣ ـ البول (وخاصة إذا كان الطفل صغيراً ويبول في ثيابه) تبول غير إرادي.

٤ ـ الملابس وقد تكون ضيقة في فصل الصيف، أو واسعة في فصل الشتاء.

٥ ـ تعود الحمل قبل النوم، أو تعود النوم في غرفة خاصة، فإذا لم تلبَّ له مطالبه يبكي ويزعج من حوله.

أو التعود أن يحمل معه شيئاً عند النوم فإذا فقده بكى أو مص إصبعه.

ثانياً: أسباب مرضية: منها ما يلي:

١ ـ المغص.

---

(١) الغبرة ـ ١٩٨١، ص.

٢ ـ غازات.

٣ ـ حِكَّة.

ثالثاً: أسباب نفسية:

١ ـ ذاتية الطفل وحبه للفت الأنظار إليه.

بعض الأطفال لا ينام إلا إذا سبب إرباكاً وإزعاجاً للأهل عن طريق ممانعته في النوم، وهذا يعطيه أهمية زائدة عن الأطفال الآخرين. وعندما يتحدث البيت كله عن هذا الطفل وعناده وبكائه عند النوم، وخاصة في فترة التمركز حول الذات من الولادة إلى سن ٢ سنة.

٢ ـ تعلق الأطفال بأهلهم أثناء النهار، أو عند النوم ـ من عادة الأطفال أن يتعلقوا بأهلهم كثيراً، وخاصة إذا كانوا لا يولونهم أهمية أثناء النهار، وبعدهم عنهم إما في وظيفة أو عمل ما، وخاصة دون سن الثالثة.

٣ ـ الأحلام المزعجة: والخوف من الظلام.

تسبب الأحلام المزعجة اضطراباً في النوم، وهي تنتاب ١/٣ الأطفال بين ٣ ـ ١٠ سنوات، وقد يكون خوفهم من اللصوص أو من الأشباح أو القصص المزعجة[١].

٤ ـ القلق أو الإثارة الزائدة.

٥ ـ استعمال العقاب أو التهديد به.

لا بد من استعمال الحكمة والرفق في نوم الطفل والبعد عن العقاب، فإن ذلك يقلل من الاضطرابات أو يقصر من فتراتها.

وقد وجد من خلال التجارب أن هناكا ارتباطاً وثيقاً بين اضطرابات النوم الحادة والاضطرابات الانفعالية.

وفي بعض الأحيان يكون مصحوباً بعلاقات عدم النضج العصبي وخاصة عند الأطفال الصغار.

---

(١) شيفر، ميلمان، ١٩٩٦ م، مرجع سابق.

ولا بد أن ننوه هنا: بأن الفرق بين الاضطرابات الطبيعية والمرضية هي فرق في الدرجة وليس في النوع بمعنى أن الاضطراب حاد أو مزمن أو بسيط أو مؤقت ولكنه يسمى اضطراباً في جميع الحالات.

وقد يكون وراء تلك الاضطرابات أسباباً فسيولوجية وعوامل جنسية أخرى.

الوقايــة

طرق الوقاية:

منها ما يلي:

١ ـ اتباع نظام معين يعتاده الطفل إن إقامة دورة معتادة للنوم أو برنامج محدد لنوم الطفل مثل؛ أخذ حمام قبل النوم أو الوضوء أو تقديم طعام خفيف، من الممكن أن يساعد الطفل على النوم.

٢ ـ التمهيد للنوم بتحديد ساعة معينة للنوم، وإشعاره قبلها بالاستعداد للنوم، حتى لا يفاجأ بمواعيد النوم.

٣ ـ مساعدة الطفل على النوم، وذلك بأن نقرأ معه دعاء النوم مثلاً، أو نقص عليه قصصاً مسلية ومفرحة قبل النوم.

٤ ـ عدم تدليل الطفل تدليلاً مفرطاً.

بمعنى أن تكون حازماً معه، لا تأبه ببكائه (تجاهل مخطط)، إذا خرجت من عنده من الغرفة ولو لعدة دقائق، وسرعان ما تختفي تلك الاحتجاجات، وخاصة إذا عودته على ذلك.

٥ ـ أن تشعر الطفل بالطمأنينة عند النوم. وذلك بأن تعطيه شيئاً يحبه يحمله معه إلى سريره كلعبة مثلاً. والتلطف معه واستعمال الحكمة والطرق السهلة.

٦ ـ إشعار الطفل بمحبتك له، وعدم توجيه النقد له، والتقريع يقلل من اضطرابات النوم عند الأطفال الصغار.

٧ ـ ألا تستخدم العقاب، وخاصة النوم المبكر أو الحرمان من هدايا أو ميزات أخرى.

العــلاج:

وله عدة طرق منها:

أولاً: علاج عدم الشعور بالنعاس.

١ ـ أن نؤخر نومه بعض الشيء، وخاصة لدى الطفل الذي لا يشعر بالنعاس، فلربما حُلّت مشكلة عدم شعور الطفل بالنعاس.

ثانياً: علاج البكاء:

١ ـ أن نتجاهل بكاء الطفل تجاهلاً مخططاً، لكي يكف عن البكاء، وذلك بأن نترك الغرفة وهو يبكي، فهذا لربما قضى على تدليله وبكائه الزائد الذي لا يريد منه إلا لفت الانتباه إليه والحصول على انتباه الوالدين.

عليك أن تتفقد غرفته كل ٢٠ أو ٣٠ دقيقة. وأن تمسح وجهه فقط، أو أن تقوم بمسح أنفه على فترات معقولة.

ثالثا: علاج الخوف من الظلام:

١ ـ اترك ضوءاً خافتاً في الممر، واترك غرفته مفتوحة.

٢ ـ قص على الطفل قصصاً مسلية ومفرحة.

٣ ـ كن صابراً، وتعامل مع طفلك بتعاطف وامنحه المحبة، وطمأنه بأنك قريب منه، ولا تخيفه بالأشباح، وما يجره الظلام من مخاوف.

٤ ـ لا تتركه وحده، بل اجعل معه أخاً آخر أو أخت، حتى تزول مخاوفه ويستأنس بهم.

رابعاً: علاج صرير الأسنان:

لقد أثبتت التجارب التي أجريت على الأطفال في عمر من ٦ ـ ١٢ سنة أن ١٤٪ من الأطفال يصرون بأسنانهم، وهذا يضر بأسنان الأطفال، فيسبب لهم التأكل في الميناء وتعب للفكين.

وللعلاج يجب اتباع ما يلي:

١ ـ عوِّد الطفل على الاسترخاء قبل النوم، لأن ذلك يقلل من التوتر، لأنه يؤدي

إلى الاسترخاء العضلي.

خامساً: علاج ضرب الرأس وأرجحته:

منها ما يلي:

١ ـ إعطاء الطفل بديلاً ممتعاً، وذلك لصرف انتباهه عن السلوك السابق يتمثل في الموسيقى أو جهاز بندول الساعة.. الخ.

سادساً: علاج الكابوس Nightmare:

لكي نقوم بالعلاج، يجب أن نجنب الطفل التوتر والنشاطات المثيرة خلال النهار، وألا تقدم بتوبيخه إذا ما أساء التصرف، بل يجب مساعدة الطفل لكي يكون محبوباً دائماً، بحيث يشعر بدفء الأُبوة.

والعلاج يكمن فيما يلي:

١ ـ أن تحتضن الطفل إذا ما تعرض للكوابيس، وأن تشعره بأنك قريب منه.

٢ ـ أن تشعل النور لكي يأنس بالغرفة، ويشعر بأنها هي الجو المألوف عنده.

٣ ـ أن تحتفظ بهدوئك أثناء النقاش معه، وأن تفهمه بأن الحلم ليس حقيقة.

٤ ـ أن تبحث عن أسباب الكوابيس.

قد تكون الأسباب ظاهرة، ويمكن الوصول إليها وبعضها خفي يحتاج إلى محلل نفسي.

من الأسباب الواضحة:

أ ـ مشكلات في المدرسة مع الرفاق.

ب ـ مشاهدة مسلسلات تلفزيونية مخيفة أو أفلام عنف قبل النوم.

٥ ـ أن يواجه الأشياء المخيفة في تمثيلية أو مسرحية، ومحاولة التغلب عليها، كأن يتغلب على الوحش بنفسه، أو بمساعدة الآخرين.

تقرير حالة:

طفل في سن الحادية عشرة من عمره يعاني من كوابيس منذ أكثر من سنة.

فقد عولج هذا الطفل بأسلوب المواجهة مع الكابوس، مع دعم المعالج.

فقد طلب المعالج من الطفل أن يغمض عينه ويتخيل أن في الغرفة الوحش الذي رآه في الحلم، وأنه سيخلصه منه، وذلك بالضرب على الطاولة، وأخذ يصيح أخرج أيها الوحش وإياك أن تعود إلى هنا مرة أخرى.

فأخذ الطفل يقلد المعالج، ويصيح مثله، ويضرب الطاولة بشدة وينادي الوحش مثلما ناداه المعالج.

وأعيدت التجربة مرة أخرى في الظلام، وقد دُرب الطفل على استخدام هذا الأسلوب، وقد استطاع الطفل أن يستخدم هذا الأسلوب بنجاح خلال أسبوع.

شرح مشكلات ومصاعب متعلقة بالنوم: كمظهر من مظاهر النوم القَلِق:

أولاً: صعوبة النوم عند وضعه في السرير ورفضه الاضطجاع.

ثانياً: الأرق.

ثالثاً: الاستيقاظ الباكر.

رابعاً: الاستيقاظ أثناء النوم.

أولاً: أما في حالة البكاء بعد الاستيقاظ، فهو لا يعتبر مشكلة فهو شيء طبيعي، ولا داعي لاستعمال المهدئات سواء من خلال الأسرة أو من الطبيب.

أما في حالة صعوبة النوم عند وضعه في السرير، فيمكن اتباع الطرق التالية للعلاج:

١ ـ قص القصص المسلية.

٢ ـ تقديم الهدايا.

٣ ـ وأخيراً التهديد بالضرب، ولعلاج تلك المشكلة هناك عدة طرق منها:

٤ ـ ترك الطفل يبكي، وهذا قد يستغرق من ساعتين إلى ساعة ونصف إلى ساعة، وهذا يأخذ منه مجهوداً وبعدها قد ينام.

٥ ـ حمل الطفل ومجالسته.

٦ ـ ترك الطفل يبكي بعض الوقت، وبعدها تذهب الأم إليه وتحمله، ثم تكرر

معه هذه الطقوس حتى ينام[1].

ثانياً: ومن أسباب صعوبة النوم عند الوضع في السرير والبكاء ما يلي:

١ ـ قضاء إجازة خارج المنزل. قد يغير الطفل من عادات نومه ونظامه.

٢ ـ قد تتغير مواضع الأثاث في المنزل وهذا قد يسبب قلقاً للطفل.

٣ ـ لارتباط الطفل بالأم بشدة يؤدي إلى رفض الطفل النوم أو الدخول إلى حجرته.

٤ ـ قد يلجأ الطفل إلى إقلاق نوم الأسرة حتى يستمروا في مجالسته ومؤانسته.

عادات غير مرغوبة عند نوم الطفل:

١ ـ هز السرير عند نوم الطفل.

٢ ـ حمل الطفل.

٣ ـ التحدث والمناقشة... عن مشكلات الطفل على مسمع منه.

٤ ـ استعمال النوم للتهديد والعقاب.

٥ ـ نوم الطفل في الظلام، لأن بعض الأطفال يخافون من الظلام.

٦ ـ إرغام الطفل على النوم.

٧ ـ تحديد موعد لنوم الطفل ـ محدد ـ لا يحيدون عنه بسبب مشاغل وخاصة ـ إذا كان الطفل من العنيد.

٨ ـ ازدحام المكان(الغرفة) ووجود مضايقات.

ثالثاً: علاج تلك المشكلات (الأرق):

١ ـ أن يكون الوالدان مرنين في التعامل مع نوم الطفل، بألا يحددان موعداً لا يتغير لنوم الطفل. فإذا رأيا الطفل لا ينام مبكراً. يستطيعان تتبعه في النهار، بالذهاب إلى حديقة أو نزهة خلوية لكي يلعب ويتعب وبعدها ينام مبكراً. أو نحاول معه ألا ينام في القيلولة حتى يحتاج إلى النوم مبكراً.

أو أن تذهب بالطفل إلى الحمام، لأخذ حمام أو أن يتوضأ مثلاً.

أو يقرآن عليه قصصاً مسلية قبل النوم، وأيضاً يتجنبان إبكاء الطفل قبل النوم.

---

(١) د. ليتش ـ الرضيع والطفل ـ لندن.

ولا يلجآن إلى الدواء إلاّ في حالة الضرورة القصوى وباستشارة الطبيب.

وأخيراً أن يتبعان أسلوب الثبات كأسلوب تعامل مع الطفل بقدر الإمكان.

٢ ـ أن تقلل الأم من تعلق الطفل بها خلال الليل. (تضييق الفجوة بين كون الطفل يقظاً بجوارها، وبين كونه نائماً بعيداً عنها) وبعدها يتعود الطفل ويشعر بالأمان والراحة أثناء عدم وجود أمه قبل النوم وهذا يسهل عليه النوم.

٣ ـ اتباع بعض العادات ـ يمارسها الطفل وتجلب له الرأفة والاستقلالية والاستقرار مثل:

أ ـ مص الإصبع.

ب ـ أخذ السَّكاتة (اللهاية).

جـ ـ اتباع بعض الحركات مثل لي الأذن، أو لمس الشعر، وهز الأرجل والأيدي.

د ـ حضن بعض الأشياء وضمها إلى صدره قبل الخلود إلى النوم.

هـ ـ تعويده على بعض الحركات والأقوال قبل النوم مثل قولنا له تصبحون على خير ـ نوماً سعيداً. . . الخ.

وقد تستمر تلك العادات مع الطفل خلال السنين الأولى من العمر، ويتخلص منها الطفل تلقائياً عندما يبدأ الحياة المدرسية.

رابعاً: الاستيقاظ أثناء النوم ليلاً من أسباب الاستيقاظ ليلاً ما يلي:

١ ـ التجول في المنزل أثناء المنزل.

٢ ـ التخيلات المرعبة.

٣ ـ الكوابيس كمظهر من مظار القلق.

٤ ـ خواطر ـ أفكار ـ تعلق نهاراً، يكتبها نهاراً وتظهر ليلاً.

وللحد من الخوف من الظلام يجب على الأم ترك لمبة ذات ضوء خافت في حجرة الطفل.

العـــلاج:

من مقتضيات العلاج ما يلي:

١ ـ أن تضاء أغلب الأنوار ليلاً قدر الإمكان.

٢ ـ عدم الكلام والمناقشة مع الطفل أثناء نومه.

٣ ـ عدم إظهار الانتباه إذا تكلم الطفل عن أشياء مرعبة.

٤ ـ عدم فعل أي شيء قد يوقظ الطفل، طالما أنه يمكث في فراشه.

٥ ـ عدم دخول الزائرين حجرة الطفل أثناء نومه.

٦ ـ أن تتأكد الأم بأن الطفل لا يشعر بالبرد واستخدام أنواع الأغطية حتى يشعر بالدفء.

٧ ـ أن تتجنب الأم حدوث أي التهابات أو حكّات باستخدام بعض الكريمات، أو استخدام بعض الأغطية ذات الوبر، في اتجاه واحد، بحيث لا تلامس جسم الطفل.

المطلب الثالث

مشكلات مرتبطة باضطرابات العادات:

ثانيا: «مشكلات الطعام»:

الطفولة السعيدة هي التي تتمتع بالتغذية الصحيحة، ومن ثم تتمتع بصحة سليمة.

إن إقبال الطفل على الطعام يدل دلالة واضحة على طفل يتمتع بصحة نفسية وجسمية جيدة.

لذا إننا نجد الطفل السعيد هو: الذي يتمتع بعادات غذائية جيدة. لأن الصحة النفسية والجسمية ترتبط بالعادات الغذائية المنظمة.

عادات وأنماط غذائية غير مستحبة أي غير مرغوب فيها.

١ ـ عدم إجابة الطفل إلى كل ما يطلبه من أنواع الطعام وخاصة الحلوى والشوكولاته وأنواعاً محددة من الطعام.

٢ ـ عدم استعمال أسلوب الإلحاح ثم العنف مع الطفل ليأكل.

٣ ـ عدم استعمال أسلوب التمايل مع الخضوع والتسليم للطفل في تلبية طلبه حتى يأكل.

٤ ـ عدم القلق على صحة الطفل، لأن الانفعالات لها أثر ضار على عملية الهضم ـ لأن الضغط والخوف والثورة على الطفل يعطل ويقلل من فاعلية الهضم ويؤدي في الغالب إلى ضعف الشهية عند الطفل.

٥ ـ الحرص على ملء البطن حتى التخمة (كثرة الأكل) عادة سيئة قد تضر بالطفل، وبدلاً من تحسن صحة الطفل يكون العكس ـ ضعف شهية ـ سُخط ومن ثمَّ.. ضعف جسم + انفعال زائد.

تغذية الطفل الرضيع:

انتشرت عادة الرضاعة الصناعية أخيراً ـ وذلك بسبب انشغال الأم في وظيفة ما أو عمل المنزل.

وهذه التغذية لا ترقى إلى التغذية الطبيعية، لأن التغذية الطبيعية تتبعها تغذية نفسية. فإن الطفل بحاجة إلى وجود أمه بجانبه، لأنه يحتاج إلى الحنان والدفء والحب العاطفي، وهذا قد يحدث باللمس أحياناً وأحياناً أخرى بالمداعبة بمعنى أن الأم تغذي طفلها حناناً وطمأنينة بجانب التغذية المعروفة (الرضاعة).

من العادات الضارة أيضاً بالطفل أثناء الطعام حمله إذا بكى أو وضع البزازة في فمه. وقد تلجأ الأم إلى عادات أكثر ضرراً للإقلاع عن العادة السابقة وهي وضع البزازة التي تغطى بالمر، مما يدفع الطفل إلى مص إصبعه.

فطام الطفل:

فطام الطفل ضرورة شرعية فقد قال تعالى: ﴿حَمَلَتْهُ أُمُّهُۥ وَهْنًا عَلَىٰ وَهْنٍ وَفِصَـٰلُهُۥ فِى عَامَيْنِ﴾ [سورة لقمان، آية: ٣١].

وقال تعالى: ﴿حَمَلَتْهُ أُمُّهُۥ كُرْهًا وَوَضَعَتْهُ كُرْهًا ۖ وَحَمْلُهُۥ وَفِصَـٰلُهُۥ ثَلَـٰثُونَ﴾[سورة الأحقاف: ١٦].

فقدان الشهية:

لماذا ينصرف الطفل عن طعامه؟

إن فقدان الشهية من أكثر المشكلات السلوكية انتشاراً لكنها من أسهلها وقاية وعلاجاً.

من أسباب فقدان الشهية ما يلي:

١ ـ اهتمام الأم الشديد أو الوالدين بطفلهما، فالتغذية الزائدة أو الإضافية تدفعه إلى القيء. بل يصل الأمر أحياناً إلى استجداء الطفل ليأكل ولو لقمة واحدة.

٢ ـ تدخل الأم تدخلاً يدفع الطفل إلى الضيق، بحجة أنها تعلمه آداب الطعام وبهذا التصرف يقلع الطفل عن الطعام بسبب تدخل الأم.

علماً بأن الطفل يتناول مثل هذا الطعام في بيت الجيران بشراهة وبشهية.

٣ ـ بسبب حب الطفل إلى تحقيق ذاته، وبحجة الاستقلالية عن الأم وانفكاكاً من سيطرتها. قد ينصرف الطفل عن تناول الطعام. لذا يجب على الأم أن تستعمل

معه اللين والعلاقات الإنسانية المرنة، كالتشجيع، وتحبيب الطعام إليه بوضعه في صور شتى تجذب الطفل. والابتعاد عن السيطرة والتدخل، لأن ذلك اعتداء على حقه في الاعتماد على نفسه.

٤ ـ عدم تنويع الطعام للطفل، مما يفقد الطفل الشهية للطعام، وكذلك عدم الالتزام بوقت الأكل فتعطيه الأم الطعام في أي وقت، وقد لا يكون راغباً في الأكل في ذلك الوقت. مما يفقد الطفل شهية.

٥ ـ كون الطفل بطبيعته يكتفي ببعض الطعام.

هناك اختلاف في قبول الطفل للطعام من وجبة إلى أخرى، فقد تكون شهيته مفتوحة في الصباح وضعيفة في المساء.

ـ من الأسباب أيضاً: أسباب نفسية، مثل فقدان السعادة والانضباط، كأن يكون غير محبوب من قبل الوالدين، أو أن يكون هناك تمييز بينه وبين إخوته. وهذا يسبب له القلق وعدم الارتياح.

معظم مشكلات الشهية، تبدأ ما بين سن الستة أشهر والسنة والنصف، وهي الفترة التي تبدأ شخصية الطفل فيها بالتبلور والظهور.

الوسائل الاحترازية للتغذية الصحيحة في الطفولة (الوقاية):

من طرق الوقاية ما يلي:

١ ـ عدم إرغام الطفل على تناول الطعام، أو أطعمة لا يرغبها. (مراعاة الحالة النفسية للطفل).

٢ ـ أن يسمح له بتناول أطعمة يحبها بنفسه.

٣ ـ التدرج في إعطاء الأطعمة الإضافية، ليس دفعة واحدة أو بكميات كبيرة.

٤ ـ عدم اللجوء إلى أسلوب العنف في إطعام الطعام كالتخويف أو التهديد بحرمانه من هدايا أو رحلات. أي اتباع سياسة حكيمة في تقديم الطعام (تلطف ـ لين، صبر).

٥ ـ ألاَّ نلجأ إلى المنشطات أو المقويات إلا في اللحظة الأخيرة كعلاج، وكما

قيل آخر العلاج الكي.

٦ ـ اتباع أساليب حديثة في التغذية هي العلاج والوقاية من مشكلات الطعام.

٧ ـ اختيار أنواع مناسبة من الطعام (غذاء متنوع أو غذاء متوازنٍ، وغذاء يحبه الطفل، من طرق وأساليب الوقاية من فقدان الشهية).

٨ ـ اتباع أسلوب اللعب في تناول الطعام، كما فعل المربون، أمثال فروبل وكزنيه ومنتسوري.

العلاج لمشكلات التغذية في الطفولة:

من أساليب العلاج ما يلي:

١ ـ الإقناع وله أساليبه منها.

أ ـ التشجيع، كأن نبين للطفل أنه سيكون قوياً عند تناول الغذاء المقدم له.

ب ـ إسماع الطفل أغنية أو تقديم هدية.

جـ ـ إضحاك الطفل أثناء الطعام.

د ـ اتباع أسلوب المقويات والمنشطات والمشهيات الدوائية.

٢ ـ استعمال أسلوب العنف أحياناً والتخويف.

كأن نقول له ستكون ضعيفاً في المستقبل، أو سيكون فلان أقوى منك.

٣ ـ أسلوب الضرب: وهذا أسوأ أسلوب في العلاج، ودافع هذا الأسلوب خوف الأم على ابنها وقلقها الزائد على صحته.

غذاء الطفل من العام الثاني حتى سن دخول المدرسة:

هناك بعض الضوابط، يجب اتباعها لتقديم غذاء متوازن ومفيد للطفل منها:

١ ـ ينبغي أن يزود الجسم بالاحتياجات الأساسية من بروتينات ونشويات وسكريات ودهنيات كما يجب أن يحتوي على بعض الفيتامينات والمعادن الهامة، وهذا هو الغذاء المتوازن، الذي يمد الجسم بالطاقة ويحميه من الأمراض، ويبنى جسمه البناء الصحيح.

فالطفل يحتاج إلى (١١٠) سعراً حرارياً لكل كيلو جرام من وزنه ـ في السنة الأولى.

أما في السنة الثانية فيحتاج إلى مائة سعر حراري لكل كيلو جرام من وزنه.

ومن السنة الثانية حتى السادسة، فيحتاج إلى حوالي من (٨٠ ـ ٩٠) سعراً حرارياً لكل كيلو جرام من وزنه.

أما الرجل البالغ فيحتاج إلى حوالي من (٤٠ ـ ٥٠) سعراً حرارياً لكل كيلو جرام من وزنه.

٢ ـ مصدر الطاقة يوزع على النحو التالي:

٥٠٪ من الطاقة ـ كربوهيدرات (نشويات وسكريات).

٢٥٪ من الطاقة ـ دهنيات.

١٥٪ من الطاقة ـ بروتينات.

١٥٪ فيتامينات وأملاح.

لا يعتمد على الكربوهيدرات اعتماداً كلياً، مع العلم بأن الجسم يحتاج إليه لأنها توفر له أكبر طاقة. لأن ذلك يسبب للطفل سوء تغذية، كالذين يعتمدون على غذاء واحد مثل الأرز، أو الخبز فقط.

حالات واقعية حول مشكلات التغذية:

حالة رقم (١):

المشكلة: طفل عمره أربع سنوات لا يتناول الطعام بمفرده، وحتى بمساعدة الآخرين وخاصة الأم.

السبب: أن الأم كانت تدفعه إلى الأكل قسراً.

وصف الحالة: كان يطيع الأم، ثم بدأ في سن الثالثة يرفض الأكل ويهرب ساعة يحين موعد الطعام، فقد لجأت الأم إلى دفعه للطعام بالإغراءات المختلفة، مثل عرض الصور الجميلة التي يحبها أثناء تناوله الطعام، أو إعطائه قطعاً من الطعام يحبها، وكانت تعده إذا أكل أن تحكي له قصصاً شيقة.

نجحت تلك المحاولات أول الأمر، ثم بعد ذلك فشلت تماماً. حتى دفعها ذلك إلى أن تجري وراءه في أركان المنزل.

النتيجة: هذه المحاولات ـ دفعت الطفل إلى مشكلات أخرى وهي: «محاولة لفت الانتباه إليه». وخاصة عند وجود الأقارب أو الجيران. مما دفعه إلى السيطرة على الأم، وبعدها أصبح يميل للنزوع إلى السيطرة على البيئة. فقد كان في مدرسته لا يعمل إلاّ الواجب الذي يروقه، ويعتمد على غيره في حل مشكلاته (أصبح اتكالياً)، ثم أصبح عدوانياً يهاجم أقرانه.

وأخيراً أحجم عن تناول بعض الأطعمة مثل الخضروات، مما أدى إلى اعتلال صحته. مما أدى إلى مرضه، وانعكس ذلك على حضوره إلى المدرسة، فقد أدى ذلك إلى غيابه عدة مرات. هذه المشكلات جرّت معها عدة مشكلات منها:

نوبات الغضب ـ الغيرة ـ التأخر الدراسي ـ ضعف الثقة بالنفس ـ ضعف القدرة على التركيز.. الخ.

العــلاج:

إن طرق العلاج تتوقف على أسباب المشكلة ونتائجها.

فأنا أنصح الأم بما يلي:

١ ـ عدم المبالغة في الحنان حتى لا تدفع الطفل إلى السيطرة عليها دوماً.

٢ ـ عدم المبالغة في القلق على صحة الطفل، ودفعه إلى الأكل قسراً، وتناول كل شيء يقع تحت يديها.

٣ ـ أن تقدم له الأطعمة التي يحبها، ويقبل عليها بنفسه.

٤ ـ إذا دعت الضرورة إلى أن يأكل مع بعض أقرانه أو أصدقائه فليكن ذلك.

٥ ـ تعزيز الثقة بالنفس، وتخفيف الغيرة، والعدوان من خلال اعتماد الطفل على نفسه، وتركه يدير شؤونه بنفسه مع مراقبته من على بعد، وتوجيهه كلما أمكن.

٦ ـ اللجوء إلى العلاج عن طريق بعض العقاقير، مثل عقاقير فتح الشهية، والتغذية المركزة.

الحالة رقم (٢):

المشكلة: طفلة عمرها ست سنوات نحيلة الجسم.

السبب: أن الأم كانت تجبرها على تناول كميات كبيرة من الطعام، لأنها كانت نحيفة.

الوصف: الطفلة كانت نحيلة الجسم، وكانت أمها تجبرها على ازدراد كميات كبيرة من الطعام، وكانت لا تمضغ الطعام، بل تبلعه بلعاً، مما أدى إلى بدانة الطفلة، وخاصة أن أمها كانت تعطيها أطعمة غنية بالدهون، مع كميات من حبوب الفيتامينات.

زد على ذلك أن الأب كان يتدخل في الأمر، وبخشونة معتقداً بأنه يجب تربية الأطفال بقضيب من حديد.

النتيجة: أن الطفلة أصبحت أضحوكة لزميلاتها، مما عقد من نفسيتها، وساءت حالتها الدراسية.

العــلاج:

طرق العلاج تقوم على الأسباب والنتائج من الطرق ما يلي:

١ ـ عدم المبالغة في الحنان وخاصة عند تناول الطعام.

٢ ـ عدم اتباع أسلوب الحزم والشدة لإرغام الطفلة على تناول الطعام.

٣ ـ اتباع أسلوب علمي مخطط عند تقديم الطعام للطفلة، بمعنى عدم الاعتماد

على تقديم المواد الدهنية بإسراف للطفلة، وكذلك منع تقديم الفيتامينات إلا باستشارة الطبيب لأن ذلك ربما يعطي نتائج عكسية.

٤ ـ لا داعي للقلق على صحة الطفلة، مع تقدم السن ستتحسن صحتها.

الحالة رقم ٣:

المشكلة: طفل في التاسعة من عمره، متأخر دراسياً ـ عنيد ـ كثير الكذب.

السبب: أن الأم كانت تفضل البنات على الأولاد، وهو ولد بين عدة بنات، والأم كانت وحيدة بين خمس شباب.

الوصف: الطفل شديد الغيرة من أخواته البنات قلق على وضعه العاطفي، أصبح عدوانياً مع أخواته البنات.

انعكس ذلك على سلوكه، وغذائه ثم صحته يتأفف عن تناول بعض الأطعمة، ولا يأكل اللحوم، ويرفض أكل الخضروات، وأكلته المفضلة هي المعكرونة باللحم والبطاطس المحمرة.

كانت الأم تلجأ إلى الإغراء أحياناً والشدة والصراخ أحياناً أخرى.

النتيجة: تدهورت صحة الطفل، وعرض على الطبيب وأصبح قلقاً على مركزه العاطفي، مما دفعه إلى رفض بعض أنواع الأطعمة، مما يدفع الأم على إغرائه، والاهتمام به اهتماماً زائداً.

العــلاج:

من طرق العلاج ما يلي:

١ ـ أن يدرك الوالدان أن امتناع الطفل عن تناوله بعض المواد الأغذية، سيزول مع تقدم السن، ومع زوال السبب.

٢ ـ عدم إرغام الطفل على تناول الطعام، مع شرح فوائد الطعام للجسم وخاصة المواد الموجودة في الخضروات والبروتينات.

٣ ـ العلاج النفسي هنا مهم جداً ـ عدم التفريق بين الأبناء في الحب والحنان والرعاية.

٤ ـ إذا زالت أسباب المشكلة، فستزول الأعراض والنتائج.

الحالة رقم (٤):

المشكلة: طفلة في سن السابعة من عمرها، كانت تشكو من شدة الخجل، والحساسية الشديدة للنقد، وفقدان الشهية للطعام.

السبب: أن الطفلة أصيبت بمرض في طفولتها، (إصابة خفيفة بشلل الأطفال) إلاّ أنها شفيت منه لدرجة أنه لم يترك أثراً على جسمها. إلاّ أنها أثناء المرض أحيطت برعاية زائدة من والديها، وخاصة أنها هي البنت الأولى، وكانت موضع عطف من والديها لا يرد لها طلب، إشفاقاً عليها، واستمر ذلك بعد شفائها وقد كان للوضع الاقتصادي العالي لوالديها يمكنهم من تلبية طلباتها، ثانياً: كانت لها مربية أجنبية وكانت حازمة معها وشديدة لدرجة أنها كانت تقسو عليها أحياناً.

الأب والأم منشغلان في عملهما ـ مما دفع المربية إلى السيطرة والقسوة.

النتيجة: أن الطفلة كانت تتأرجح بين القسوة والعطف. مما دفعها إلى استغلال الإقلاع عن التغذية والادعاء بأنها شبعانة دوماً ـ أسلوباً للسيطرة على الأم والأب والمربية معاً.

العــلاج:

من طرق العلاج ما يلي:

١ ـ أنه لا داعي لتذكير الطفلة بإعاقتها القديمة، حتى لا تشعر بالخجل.

٢ ـ عدم المبالغة في الرعاية والحب والحنان من قبل الوالدين.

٣ ـ عدم المبالغة في القسوة والحزم من قبل المربية.

أي عدم تعريض الطفلة إلى نوعين مختلفين من التربية.

البطء في تناول الطعام: قد يشكو كثير من الآباء والأمهات بأن أولادهم يتناولون طعامهم في بطء. ورغم ذلك أنهم يتناولون كميات قليلة من الطعام مما تؤدي بهم إلى صحة معتلة ولتوضيح هذه الظاهرة نتتبعها في حالات منها.

١ ـ الحالة رقم (٥):

المشكلة: طفل في السادسة من عمره، يأكل قليلاً، وإذا مضغ لقمة في فمه يتركها مدة طويلة، وإذا استعجله الوالدان فإنه يشرب الماء لكي يبتلع ما في فمه.

السبب:

١ ـ أن الوالدين يعانيان من القلق على ولدهما، وأنهما يخافان المرض عليه لقلة الأكل.

الوصف:

١ ـ الأم عندها وسوسة النظافة، والخوف على طفلها، لدرجة أنها تطلب من جميع أفراد العائلة أن يغسلوا أيديهم عند السلام على أي ضيف.

٢ ـ الأم دائمة الحديث عن طفلها، بأنه لا يأكل الطعام ويتعبها دائماً، وأنها تتخذ الاحتياطات دوماً لمنع دخول الذباب إلى المنزل.

وعندها وسوسة الخوف من الحسد. فكانت تردد تلك الكلمات (بأن أولادهما لا يأكلون وأقل وزناً من غيرهم، وهكذا مما دفع الطفل إلى الاستمرار في سلوكه.

٣ ـ فكانت تلجأ دوماً إلى التهديد أحياناً وإلى الإغراء أحياناً أخرى، وقد لجأت الأم إلى الطبيب، فوصف لها بعض الأدوية المقوية، ونصحهم بأن يقدموا له خمس وجبات في كل يوم.

٤ ـ كان الطفل يتبع الأم دوماً، ويقابل الضيوف معها، ويسمع حديثها عن فقدان الشهية، أو البطء في تناول الطعام، وكان يروق له ذلك ويثلج صدره، ويشعره بأهميته ويبالغ في سلوكه، ليكون محط أنظارهم وموضع اهتمامهم.

العـــلاج:

من طرق العلاج ما يلي:

١ ـ ألاَّ يعطِ الوالدان موضوع قلة الأكل الأهمية البالغة، بل يجب عليهم ترك الأطفال يأكلون على سجيتهم ويأكلون ما يطيب لهم وإذا عضهم الجوع يأكلون أي شيء.

٢ ـ عدم الحديث في هذا الموضوع أمام الضيوف أو الأقارب، في حضور الأطفال، وخاصة موضوع طفلنا هذا.

٣ ـ عدم تحويل وجعل موضوع التغذية إلى وسيلة يتحكم بها الطفل في الأسرة وفيمن حوله.

٤ ـ البعد عن القلق والخوف على صحة الطفل، فإن ذلك يضر بصحة الطفل، وخاصة الصحة النفسية.

الشعور بالغثيان ـ والقيء

أسباب القيء ـ وترجيع الطعام:

أولاً: أسباب عضوية: كالمرض ويكون القيء عارضاً ولا يدوم.

ثانياً: أسباب نفسية: ومنها:

١ ـ إرغام الطفل على تناول طعام، وهو يكرهه فقد يلجأ الطفل إلى الترجيع حتى لا يتناول البقية.

٢ ـ كوسيلة إلى جذب انتباه الغير، وجعله مركز اهتمامهم، أو لإيهام الآخرين، وخاصة الوالدين بأنه مريض.

٣ ـ الانفعال الشديد، نتيجة التقزز من نوع خاص من أنواع الأطعمة.

كيفية الترجيع:

١ ـ أن يضع الطفل يده في فمه.

٢ ـ أن يضع في فمه كميات كبيرة من الطعام، ويذهب إلى الحمام ليرجعه، لإيهام الوالدين بأنه مريض.

كوسيلة من وسائل الحيل، للهروب من تكليفه بمجهود يجب أن يقوم به أو للهروب من الاستذكار الخ.

الحالة رقم (٦):

المشكلة: طفلة في السادسة من عمرها، تعاني من مشكلة القيء. لأن أمها

تجبرها على شرب اللبن المكثف مخلوطاً بالحليب.

السبب: الأم تجبر طفلتها على شرب اللبن المكثف والحليب، لأن اللبن المكثف به كمية كبيرة من السكر.

الوصف: كانت الأم قلقة جداً على صحة طفلتها، وكانت تصر على إعطاء ابنتها الحليب كل صباح وكل مساء إلاّ أن الطفلة تقاوم ذلك لأن اللبن به كمية كبيرة من السكر، وكانت تتقيأ على ثيابها.

وأن هذه الوسيلة دفاعاً عن نفسها، حتى لا تشرب اللبن، فتضع بذلك حداً لإصرار أمها على شربها اللبن بالحليب واعتبرت ذلك عقاباً لها.

العــلاج:

من طرق العلاج ما يلي:

١ ـ عدم إرغام الطفلة على شرب الحليب مخلوطاً باللبن، بل تكتفي بما تحبه الطفلة منهما. حتى لا تتقيأ.

٢ ـ لماذا تصر الأم على هذه الطريقة في التغذية؟ هناك عدة طرق لإعطاء الحليب أو اللبن يعطى جبناً، أو قشدة، أو مطبوخاً مع الأرز أو مع الأيسكريم.. الخ.

٣ ـ من الممكن أن تعالج الطفلة بالإيحاء. كأن يقال لها إن هذا ليس لبناً، وإنما عصيراً وتصنع عليه مواد أخرى ذات نكهات مخالفة للحليب أو اللبن.

الحالة رقم (٧):

المشكلة: طفل في التاسعة من عمره، يتمتع بذكاء، شهد له به مدرسوه بذلك. أمه قلقة عليه، وعلى مستقبله، لأنه وحيدها. وكانت تصر على أن يحفظ دروسه عن ظهر قلب. إلا أنه كان يكتب ما تُسَمِّعُه عليه الأم في ورقة.

وكان يجلس بعيداً عنها، بحيث لا تراه، وتنظر في الكتاب لتستمع إلى تسميعه وهو يقرأ من الورقة واكتشفت ذلك الأم.

السبب:

١ ـ أن الأم كانت حريصة على الطفل، وتريد أن يكون له مستقبل باهر،

يعوضها عن فقد الآخرين رغم أنه يقاوم هذه الرغبة.

الوصف:

١ ـ أن الطفل كان يلجأ إلى الغش، من خلال كتابته الدرس في ورقة ويسمعه لأمه وهي لا تراه.

هذا الأسلوب، كان يرهقه، لأنه كان يكتب كل درس في ورقة.

فقد لجأ إلى أسلوب آخر، وهو التقيؤ في حوض المطبخ، حتى يشعر أمه بأنه مريض، حتى يهرب من الكتابة والتسميع. فكانت تنصحه بالذهاب إلى السرير، وتعطيه مشروبات ساخنة هذا الأسلوب المرضي في التكيف دفعته إليه الأم بتصرفاتها غير المرضية، الإصرار على تحفيظه الدروس عن ظهر قلب، وعدم تركه ليروح عن نفسه في منتزه أو رحلة مع أصدقائه أو أقرانه، هذا ما دفع الطفل إلى أن يفقد الأصدقاء والأقران، مما دفعه إلى أن يصبح وحيداً لا يختلط بأحد، فأصبح يعاني من العزلة.

الشَّراه عند تناول الطعام في الطفولة:

كما أن فقدان الشهية مشكلة سلوكية، فإننا نعتبر الشره أيضاً مشكلة سلوكية.

والشّره: يتمثل في الأكل أكثر مما يلزم أو بلع الطعام بدون مضغ. لذا يجب على الوالدين أن يعلمان الطفل العادات السليمة في التغذية أولاً ثم يبينان له أن الأكل الزائد عن الحد لا فائدة منه بل يضر بصحته.

ويجب أن يبحثان في أسباب الشره. ربما تكون أسباب مرضية كالديدان ـ مثل الشريطية، أو الأسكارس ـ وربما تكون نفسية.

أسباب الشَّره:

١ ـ **أسباب جسمية مرضية:** كالإصابة بالديدان كالدودة الشريطية، والأسكارس والاضطراب في الغدد، لذا يجب فحص الطفل طبياً.

٢ ـ **أسباب نفسية انفعالية:** كفحص حالات التدليل، والحرمان كذلك لأنه يؤدي إلى نفس السلوك.

٣ ـ **أمراض نفسية**: وخصوصاً القلق، بسبب فقدان الطفل للطمأنينة والأمن. فيلجأ إلى التفريج عن نفسه بتناول كميات كبيرة من الأكل ويتخذه وسيلة للتهرب من مشاكله النفسية.

٤ ـ **معاناة الطفل من الفراغ**: (سعة الوقت)، أو الملل بسبب الحياة الرتيبة ـ بلا ترفيه، فيصبح الأكل عنده وسيلة ترفيهية، فيسرف فيه.

الحالة رقم (٨):

المشكلة: فتاة.. تبلغ من العمر العاشرة، منتفخة الجسم، تأكل كثيراً حتى التخمة، ولا تكف عن الأكل حتى تشعر بآلام في المعدة.

السبب: معاناة الطفلة من آلام نفسية، وجسمية تظهر في حالات من الاكتئاب، والتوتر النفسي يرجع إلى الأحلام المزعجة (الكوابيس).

الوصف: أن الأب هجر البيت عدة سنوات لا يتردد عليه إلا قليلاً كان يصرف دخله على الخمور والموبقات. مما دفع الأم إلى أن ينحرف سلوكها أيضاً، وتشرد الأولاد، وكانت البنت هي كبرى إخواتها، وكانت تدير شؤونهم، وكانت تتصادم مع أمها لسبب انحراف سلوكها. بل كانت تهددها بالطرد من البيت. مما دفعها إلى التوتر والعصبية، والاكتئاب. وهذا قادها إلى حالة الشره لإنقاص التوتر.

العــلاج:

العلاح ينبع من أسباب الشَّره.

(التوتر النفسي والعصبية، الذي قادها إلى الاكتئاب) علاج الطفلة من تلك الأسباب يجب أن يكون من خلال اللجوء إلى الأخصائيين النفسيين ومراكز خدمة المجتمع.

٢ ـ علاح الأب والأم أولاً وردهما إلى البيت ليقودا الأسرة قيادة حكيمة وسليمة. وأن يضما أفراد الأسرة تحت جناحيهما، لتزول كل الأسباب السابقة وتنتهي المشكلة.

الحالة رقم (١١):

المشكلة: طفل في التاسعة من عمره، نشأ مدللاً وحيداً يحب الحلوى

والشوكولاته، وكان والده يساعده في تلبية رغبته، حتى أنه يشتري له منها كميات كبيرة ويختزنها في البيت. دليلاً على حبه له وتدليله.

السبب: تدليل الأب للطفل، لأنه هو الوحيد.

الوصف: الطفل وحيد أبويه، وهما يحبانه جداً، ولكي يبقى مدللاً، يوفران له كل ما يطلب، وخاصة الحلوى والشوكولاته، حتى أصبح الأكل عنده النشاط المقصود لذاته وهو هوايته الوحيدة حتى أصبح بديناً جداً.

النتيجة:

أن هذه البدانة أدت به إلى الخمول والكسل، وأخيراً إلى التأخر الدراسي، ومن ثم القلق والتوتر.

العــلاج:

١ ـ يجب على الأب ألا يشجع الطفل على أكل الحلوى وتناولها بكثرة، بالتقليل من إحضارها شيئاً فشيئاً.

٢ ـ العناية بغذاء الطفل وجعله غذاءً متوازناً وعدم التركيز على جانب واحد منه.

٣ ـ عدم الإسراف في التدليل لأن ذلك هو السبب الرئيسي في المشكلة.

والعلاج الذي يمكن من خلال حل مشكلات التغذية في الطفولة:

١ ـ فحص الطفل طبياً للتأكد من خلوه من الأمراض وخاصة الإصابة بالديدان والإمساك وسوء الهضم. ويجب التأكد من عدم اختلال وظيفة الغدد.

٢ ـ العناية باختيار طعام الطفل، من حيث تكامله واتزانه. كأن يحتوي على الفيتامينات والأملاح كما يحتوي على النشويات، والسكريات ثم الدهنيات ثم البروتينات لأن التركيز على نوع واحد يفقد الطفل الشهية للطعام ويسبب له عسر الهضم.

٣ ـ علاج المشكلات النفسية. مثل الإنهاك النفسي الجسمي، كقلة النوم، وقلة الترويح عن النفس، والمذاكرة لساعات طويلة.

٤ ـ علاج الانفعالات النفسية كالغضب والغيرة والشعور بالنقص، لتقليل التوتر، والتنفيس في تناول الطعام، أو فقدان الشهية.

٥ ـ الامتناع عن تقليد الآخرين، وخاصة أفراد العائلة، فقد يلجأ بعضهم إلى اتباع نظام قاسٍ في الأكل (رُجيم).

نصائح عامة للآباء والأمهات حول تغذية الأطفال:

يجب على الآباء والأمهات أن يساعدوا أبناءهم على التكيف الانفعالي، بعدم الضغط عليهم لاتباع نظام معين في تناولهم طعامهم، ومحاولة التقليل من حالات القلق والخوف.

ومن النصائح ما يلي:

١ ـ أن يكون الآباء على درجة من المرونة، بعدم اتباع نظام صارم في إطعام أطفالهم، لإجبارهم على تناول الطعام، وخاصة وهم في حالة غضب أو ضيق.

٢ ـ يجب على الآباء والأمهات الإقلاع عن بعض الاعتقادات الخاطئة. مثل الاعتقاد بأن السمنة (البدانة) دليل على الصحة أو الوجاهة.

٣ ـ يجب على الآباء والأمهات عدم التركيز على إطعام أطفالهم أنواعاً خاصة من الطعام، اعتقاداً منهم بأنها هي المفيدة لهم، وهم يكرهونها.

٤ ـ يجب على الآباء والأمهات ألاّ يقلقوا من عدم تناول طفلهم كميات كبيرة من الطعام، اعتقاداً منهم بأن الكميات الكبيرة هي التي تنمي عضلات الطفل وتسمنه.

بل يجب اتباع أسلوب علمي وسليم في اختيار طعام الطفل.

٥ ـ يجب على الوالدين ـ استغلال تناول الطعام في الاستفادة من أشياء أخرى مثل: الاعتماد على النفس والتعاون، والنظام، والنظافة، والترتيب واحترام المواعيد.

٦ ـ يجب على الوالدين ألاّ يقلقان بطء تناول الطعام وخاصة إذا لم يكن مصحوباً ببعض الأمراض والتشوهات للأسنان أو الفك.

ربما يكون سبب البطء هو حالة من حالات اللعب عند الطفل أو التنفيس عن النفس.

أما إذا أصبح البطء عادة أو اكتسب صفة الاستمرار فلا بد من علاجه.

٧ ـ يجب استشارة الطبيب بين الحين والآخر، للاطمئنان على صحة الطفل، وخاصة خبراء التغذية، وأطباء الأطفال المختصين. وألا يلجأوا إلى العرافين والأطباء المشعوذين والعشابين.

المطلب الرابع

مشكلات مرتبطة بالعلاقة مع الرفاق
(مشكلات اجتماعية)

العدوانية:

تعريف العدوان:

إنه السلوك الذي يؤدي إلى إلحاق الأذى الشخصي بالغير أو بالممتلكات، وقد يكون الأذى نفسياً أو جسمياً أو لفظياً.

نفسياً: على شكل إهانة أو تقليل من القيمة.

جسمياً: على شكل الضرب أو اللكم أو الرفس أو رمي الأشياء أو الدفع أو البصق.

لفظياً: كإطلاق الأسماء أو الإغاظة، أو الشتم أو التسلط أو التحقير.. الخ.

ويكون الاعتداء نتيجة لتصادم رغبتين متناقضتين، وهو نتيجة لإحباط تعرض له الطفل.

مظاهر العدوانية:

من مظاهر العدوانية ما يلي.

التهيج ـ عدم النضج ـ ضعف التعبير عن المشاعر ـ التمركز حول الذات ـ صعوبة في تقبل النقد ـ قلة ذكاء.

أسباب العدوانية:

من أسباب العدوانية ما يلي:

١ ـ أن العدوان تقليد لسلوك الآباء أو الإخوة، خاصة عند مشاجرة الوالدين أو الإخوة أمام الطفل.

٢ ـ أن العدوان نتيجة إحباطات الحياة اليومية مثل: عدم تلبية الحاجات الملحة للطفل، أو لتفضيل أحد الأبناء على الآخرين (تفضيل أحد إخوته عليه).

٣ ـ أن العدوان نتيجة اتجاهات اجتماعية سيئة، مثل التشجيع على العدوان من خلال عرض الأفلام، وعدم سن القوانين التي تحارب الاتجاهات الضارة، وعدم مواجهة الأحداث الهدامة بحكمة.

٤ ـ **التخيل**: التخيلات عامل مؤثر في العدوان، فقد أثبتت بعض الدراسات بأن الأطفال الأكثر تخيلاً هم الأكثر عدوانية.

٥ ـ استخدام بعض العقاقير، مثل تناول الكحول. فقد تستشير العقاقير تصرفاتٍ عدوانية، عشوائية لدى الأطفال.

٦ ـ غياب الأب عن البيت ولفترة طويلة، يظهر تمرداً على الأم، إمَّا لتأكيد الذات أو للحصول على طلبات معينة.

٧ ـ أن العدوان غريزة عامة لدى الإنسان. إذاً هو استعداد فطري، يوضع في خدمة الغرائز الأخرى ويمكن تلخيص الأسباب السابقة فيما يلي:

أولاً: أسباب عضوية: وقد أجريت دراسات على الإنسان والحيوان، وأشارت إلى وجود علاقة بين العدوان من جهة والاضطرابات الكروموسومية الهرمونية والعصبية من جهة أخرى. بمعنى أن هناك أسساً بيولوجية للعدوان.

ثانياً: الغريزة: يجزم البعض بأن العدوان ظاهرة سلوكية غريزية، وهذا هو اعتقاد (فرويد) المحلل النفسي، بمعنى أن العدوان يعود إلى دوافع نفسية داخلية كامنة في اللاشعور. يجب أن تصرف سواء أكان ذلك على الآخرين، أو على نفس الشخص الذي قام بالعدوان.

إلاَّ أن اتباع نظرية التحليل النفسي، ركزوا أيضاً على خبرات الطفولة المبكرة، وأثرها على السلوك العدواني واعترفوا بأن ظاهرة العدوان تحركها الغريزة، ولكن لم يهملوا العوامل الاجتماعية التي اكتسبها الطفل في طفولته المبكرة.

أما كونراد لورنز فيري:

فقد ربط هذه الغريزة (أي غريزة العدوان) بغرائز أخرى مثل الحاجة إلى البقاء أو السيطرة وحب التملك.

ويعتقد (لورنز) بأنه بالإمكان ضبط العدوان من خلال إتاحة الفرص للطفل لتفريغ الطاقة العدوانية، عن طريق: القيام بأفعال عدوانية غير ضارة مثل التنافس الشريف[1].

ثالثاً: الإحباط: يعتقد بعض الباحثين في سلوك الطفل، بأن العدوان، إنما هو نتيجة طبيعية للإحباط.

فالإحباط يشكل حافزاً للعدوان.

والإحباط هو: أي عامل يحول بين الإنسان وبين هدف يسعى إلى تحقيقه.

رابعاً: التَّعَلم: يحدث العدوان نتيجة تعلمه، فهو سلوك اجتماعي متعلم، تبعاً لبمبادىء التعلم العامة المعروفة.

كما أشار إلى ذلك العالمين الأمريكيين المعروفين ب. ف سكنر وألبرت باندورا).

وتلعب العوامل الآتية دوراً كبيراً في تطور العدوان وهي:

١ ـ ملاحظة نماذج مهمة في حياة الأطفال مثل الوالدين أو الإخوة أو الأصدقاء أو أي وسيلة إعلامية هامة.

فهذه فرص متاحة لممارسة العدوان.

٢ ـ تعزيز السلوك العدواني بمكافآت خارجية أو داخلية.

٣ ـ وجود مبررات للعدوان، مثل التقليل من شأن الضحية أو اتهام الضحية بارتكاب أخطاء وهم يستحقون بذلك العقاب.

٤ ـ محاولة وقف العدوان بالعقاب.

---

(١) الخطيب، ص ٢٢٦.

فقد تزيد عدوانية الطفل إذا اتبع أسلوب العقاب أو الزجر. فالعقاب أسلوب ضبط منصرم.

قياس العدوان:

للعدوان مقاييس وطرق لضبطه هامة منها:

١ ـ الملاحظة المباشرة. وتتم في البيت أو المدرسة أو غرفة الصف.

٢ ـ من خلال النتائج المترتبة عنه.

٣ ـ التقارير الذاتية، عن طريق الطفل ذاته، يقوم بتقييم مستوى السلوك العدواني الذي يصدر عنه، ويتابع سلوكه، وتدوين الملاحظات والبيانات واستخلاص النتائج.

٤ ـ المقابلات. تسمح بجمع معلومات إضافية تساعد في التعرف على خصائص العدوان.

٥ ـ اختبارات الشخصية. منها اختبار (منسوتا) متعدد الأوجه للشخصية.

٦ ـ قوائم التقرير. يقوم بذلك المعالجون من الآباء والمعلمين، يقومون بتقييم مستوى السلوك العدواني باستخدام قوائم سلوكية محددة.

العدوان والتدعيم الذاتي:

«ويجب التفريق بين العدوان والتدعيم الذاتي. فالعدوان يشتمل على استخدام الإكراه لإرغام شخص ما على الطاعة، ويتضمن الإيذاء والتخريب.

في حين أن التدعيم الذاتي يتضمن الدفاع عن النفس، والتعبير عن الذات بطريقة تخلو من الإكراه.

وبمعنى آخر يشير التدعيم الذاتي إلى جهد تكيفي تعايشي نشط مع البيئة، ومحاولة تحقيق الأهداف الشخصية بوجود ضغط مضاد، أما العدوان فهو في العادة سلوكاً سلبياً، وغالباً ما ينتهي بالعقاب»[١].

---

(١) الخطيب، ١٩٩٣، ص ٢٢٣.

العدوان المتعمد وغير المتعمد:

بعض الباحثين فرق بين العدوان المتعمد وغير المتعمد.

فأشاروا إلى أن العدوان المتعمد، يستخدم للإشارة إلى الفعل الذي يقصد من ورائه إلحاق الأذى بالآخرين أما العدوان غير المتعمد فهو يشير إلى الفعل الذي لم يكن الهدف منه إيقاع الأذى بالآخرين، على الرغم من أنه قد انتهى عملياً بإيقاع الأذى أو بإتلاف الممتلكات»[1].

أقسام العدوان:

من أقسام العدوان ما يلي:

١ ـ عدوان متعمد وعدوان غير متعمد.

٢ ـ عدوان اجتماعي وعدوان غير اجتماعي.

٣ ـ عدوان مباشر، وعدوان غير مباشر.

٤ ـ عدوان ناتج عن الاستفزاز أو غير ناتج عن الاستفزاز.

٥ ـ عدوان لفظي أو جسدي، أو رمزي.

الشـــرح:

العدوان الاجتماعي: يتضمن أفعالاً عدوانية تهدف إلى ردع الأفعال العدوانية التي تصدر عن الأشخاص الآخرين.

العدوان اللااجتماعي: فهو يشمل الأفعال التي يظلم بها الإنسان الآخرين، مثل حالات الاغتصاب أو الجريمة.

العدوان المباشر: يعرف بأنه الفعل العدواني الموجه نحو الشخص الذي أغضب المعتدي فتسبب في حدوث العدوان.

العدوان غير المباشر: فهو يتضمن الاعتداء على شخص بديل، وعدم توجيهه نحو الشخص الذي تسبب في غضب المعتدي وغالباً ما يطلق على هذا النوع من العدوان، اسم العدوان المزاح.

---

(١) الخطيب مرجع سابق ص ٢٢٤.

أما العدوان الناجم عن الاستفزاز فهو يحدث دون تعرض الشخص للاعتداء أو الإهانة أو أي عامل مسبب للغضب أو الآخر بالعكس.

العدوان اللفظي: مثل الازدراء والسخرية، والتهديد والتوبيخ الخ.

العدوان الجسدي: يهدف إلى إيقاع الألم على المعتدى عليه، مثل الرَّكل، وشد الشعر، والعض والضرب.

العدوان الرمزي: مثل: ازدراء الآخرين، أو توجيه الإهانة إليهم.

الوقايـــة:

من طرق وإجراءات الوقاية ما يلي:

١ ـ تجنب الممارسات والاتجاهات الخاطئة في تربية الأطفال.

فالاتجاهات العدوانية للآباء يمكن أن تنتج أطفالاً عدوانيين، والآباء ذوي الاتجاهات العدوانية لا يتقبلون غالباً أطفالهم ولا يستحسنونهم، كما أنهم يميلون إلى استخدام العقاب الشديد، ولا يمنحونهم العطف أو الفهم. لا بد أن أبين للطفل أنني أحبه، وأبين له جانب الرضى عن سلوكه.

٢ ـ العمل على الإقلال من التعرض للعنف عن طريق التلفزيون أو الأفلام السينمائية، وخاصة في سن المراهقة، واستبدالها بأفلام تغرس فيهم الفضيلة وروح التعاون والوداعة والعطف على الآخرين.

وسائل الإعلام تستطيع أن تشجع العدوانية أو تقلل منها.

٣ ـ تنمية الخبرات العاطفية الإيجابية (الشعور بالسعادة). فالأطفال الذين يعيشون خبرات سارة يكونون لطيفين نحو أنفسهم والآخرين.

٤ ـ التقليل من النزاعات داخل البيت، وخاصة الزوجية إلى أدنى حد ممكن وخاصة في وجود الطفل فالتقليد ميزة عند الأطفال، وخاصة لسلوك الوالدين، واعتبار ذلك السلوك هو الأمثل، فالقدوة قد تنمي العدوانية.

٥ ـ التدريب الجسمي الرياضي لأن ذلك يساعد على تصريف التوتر والطاقة الزائدة.

٦ ـ تغيير بيئة الطفل والبيت:

كلما تم تغيير ترتيب البيت أو الفصل، كلما قل التوتر والعدوان. فالمكان الواسع للعب سواء في المدرسة أو البيت يعطي فرصاً كثيرة للحركة، كما أن سماع أصوات الموسيقى، يهدىء من النزعات العدوانية.

٧ ـ الابتعاد عن الضرب والقسوة، فالضرب هو ليس وسيلة لتجنب الطفل ارتكاب أخطاء، بل المحاورة والإقناع والتفهيم.

العــلاج:

تتعدد أساليب وطرق العلاج بتعدد تفاسير هذا السلوك، ولما كانت التفاسير المقدمة عديدة (بمعنى بيان أسبابه) فإن طرق العلاج هي الأخرى عديدة.

فإن كان السبب غريزياً، فإن الطريقة للمعالجة ستكون مختلفة عن طريقة العلاج كما لو كان السبب اجتماعياً.

وهناك العديد من أساليب العلاج الفعالة لضبط العدوان عند الأطفال. منها ما يلي:

١ ـ تقديم الكثير من المعززات الإيجابية للتصرفات غير العدوانية مثل: اللعب التعاوني مع الأصدقاء الذين يحبهم الطفل، ومثل المكافآت المالية أو المديح والتشجيع، إذا لا بد من المزج بين الامتداح والمكافآت لتعزيز السلوك المرغوب فيه.

٢ ـ تجاهل التصرفات العدوانية.

يجب تجاهل التصرفات العدوانية للأطفال، إلا إذا ترتب على ذلك خطر حقيقي وتهديد لسلامة الطفل أو الآخرين. ولكن يجب أن يكون التدخل حاسماً إذا كان هناك تهديد، ويجب إعطاء اهتمام ورعاية لضحية العدوان في الوقت الذي نتجاهل فيه السلوك العدواني، (ويسمى الإطفاء) أي اطفاء السلوك العدواني.

والإطفاء هو: الغاء المعززات التي تحافظ على السلوك غير المرغوب فيه، بمعنى تجاهل الطفل عند تأديته للسلوك المراد إيقافه، والانتباه إليه، والتفاعل معه عندما يتوقف عن تأديته لهذا السلوك. وقد يكون الإطفاء حسِّياً أو بصرياً أو لمسياً،

حسب المعززات، لمسية كانت أو بصرية أو حسّية[1].

٣ ـ تعليم المهارات الاجتماعية مثل مهارة تأكيد الذات.

فإذا كانت لدى الطفل مهارة تأكيد الذات، استطاع أن يعبر عما في نفسه أو يحادث ويدافع عن حقوقه بسهولة وبطريقة منظمة، وإذا كان العكس استخدم الطفل قوة الإكراه والعنف في التعبير عما في نفسه.

ومن طرق تأكيد الذات: من الممكن أن تخبر الآخرين بما يزعجك حتى لا تلجأ للمضايقة، ويحاولوا تغيير سلوكهم اتجاه الطفل المؤكد لذاته.

التلون الانفعالي: مثل التدرب على الانفعالات المختلفة وتقبل المدح وإظهار الود وتستخدم في تكوين علاقات اجتماعية دافئة.

٤ ـ التقليل من فرص التعرض لنماذج عدوانية عن طريق عدم مشاهدة تصرفات عدوانية، من خلال مشاهدة مشاجرة الأبوين، أو مشاهدة أفلام عدوانية، (ويسمى الإقصاء).

الإقصاء: ويتضمن إبعاد الشخص عن الموقف المعزز أو إزالته للموقف المعزز ذاته، مثل حرمان الطفل مزاولة النشاط الذي يقوم به، أو تقييده جسدياً[2].

٥ ـ العقاب: وضع قواعد صارمة وحازمة لتنفيذ السلوك المرغوب فيه طريقة فعالة في معاقبة السلوك العدواني وله أشكاله.

أ ـ عزل الطفل لمدة دقيقتين في غرفة منعزلة مثلاً.

ب ـ العقاب البدني: إذا أدى إلى الكف الفوري.

عن السلوك العدواني، وإذا كان العكس، فلا داعي لاستخدام العقاب البدني، لأنه يؤدي إلى المزيد من العدوان.

٦ ـ التأكيد على الصحبة الجيدة، والقدوة الحسنة.

احرص على أن يخالط ابنك الأصدقاء الصالحين حسني التصرف، البعيدين عن العدوانية ومنهم المخالطة التي قد تجلب عليهم أخطاراً وعواقب وخيمة، وخاصة

---

(١) الخطيب، ص ١٢٨.

(٢) الخطيب، ص ١٧٠.

الاختلاط بالأكبر منهم سناً.

٧ ـ البحث عن أسباب المشكلة.

ابحث عن حاجات الطفل وحاول إشباعها قبل أن يتحول سلوكه إلى العدوان لمحاولة إشباع هذه الحاجات.

هل الطفل يعاني من صعوبات في التعلم أم إعاقات جسمية.

فالحاجات كثيرة مثل: الحاجة إلى المحبة والاستحسان أو تأكيد الذات.

٨ ـ العاب الطفل قد تكون سبباً في العدوانية، وخاصة إذا كان فيها سكاكين أو مسدسات. لذا يجب إبعاد تلك الألعاب عن الطفل.

٩ ـ على المدرسة أن تتجنب العقاب الجسدي. وأن تعمل على تعزيز السلوك الإيجابي عند الطفل.

١٠ ـ شغل وقت فراغ الطفل ووقته بالمفيد من الممارسات، سواءً أكانت الممارسة دراسية أو رياضية أو هواية معينة.

١١ ـ عدم تفضيل طفل على آخر، منعاً عن الحسد والغيرة.

حالات الحالة الأولى:

المشكلة: طفل في الرابعة من عمره، كان يتشاجر دائماً مع زملائه، يحاول أن يفرض سلطته ورأيه عليهم، بالركل والصرخ والصفع.

السبب: أن هذا السلوك غريزة في الطفل، وخاصة وأن الطفل في سنيه الأولى.

العـلاج:

١ ـ عزل الطفل في غرفة من غرف البيت وإبعاد أدوات اللعب والمواد المثيرة من الغرفة.

٢ ـ إفهام الطفل بأنه لن يخرج من الغرفة، إذا لم يكف عن هذا السلوك.

٣ ـ يترك الطفل في غرفة العزل لمدة دقيقتين، وإذا بكى أو أظهر نوبة غضب، وتحسب الدقيقتين من لحظة التوقف عن البكاء أو الغضب.

٤ ـ بعد انقضاء الدقيقتان يعاد الطفل إلى نشاطه المعتاد.

٥ ـ يتجاهل الأبوان السلوك العدواني البسيط، أو السلوك الذي علموا به مسبقاً، والذي لا يستحق الذهاب إلى غرفة العزل.

٦ ـ يتم تعزيز السلوك التعاوني الإيجابي، ويكون التعزيز بالمديح للعمل وليس للطفل. أو بالمكافآت مثل الشراب البارد، أو البسكويت أو إهداء الألعاب.

٧ ـ تعليم الطفل مهارات اجتماعية فمثل: مهارة تأكيد الذات بطرق علمية سليمة وليس بالعدوان أو فرض السلطة.

حالة رقم (٢):

المشكلة: طفل عمره ٦ سنوات، مشاكس مع الجيران، كان يفرض رأيه على الآخرين فيما يريد من ألعاب، ومتى يلعب وكيف يلعب، وكان يعاقب مخالفيه بالضرب أو الصراخ أو الطرح أرضاً، أو اللكم.

العــلاج: قام به والده بعد تفكير عميق وهو:

«خرج الطفل مع أطفال جيرانه إلى رحلة على الشاطىء، وكان يجيد لعبة التصويب عن قرب، وقد يرفع ذلك من روحه المعنوية، وكان لطيفاً مع أقرانه طيلة اليوم. وأخذ الأطفال يحبونه، وأصبحوا أصدقاء له. وأخذ جيرانه يحبونه، وأخذ هو يحبهم، لأنه أكد ذاته من خلال موهبته، وليس عن طريق السيطرة على الآخرين».

العزلة الاجتماعية:

العزلة الاجتماعية هي شكل متطرف من الاضطرابات والسبب هو عدم حصول بعض الأطفال على تفاعل إيجابي كافٍ مع البيئة الاجتماعية.

فالعزلة تعني الانفصال عن الآخرين، وقد تخرج أسبابها عن سيطرة الشخص المنعزل، وقد يكون من أسبابها الرئيسية الخجل، فالطفل الخجول يشعر دائماً بعدم الارتياح، وقد يلجأ إلى عدم التفاعل الاجتماعي المتعمد بنفسه، لأنه انسحب بشكل متعمد.

وترتبط العزلة الاجتماعية بمشكلات أخرى مثل: المشكلات المدرسية، وسوء تكيف الشخص مع مجتمعه.

وقد لا تقتصر العزلة على الأطفال الخجولين أو المتأخرين دراسياً، أو الذين يعانون من مشكلات انفعالية. بل تتعدى ذلك إلى الأطفال الأذكياء المبدعين.

فإنهم يؤثرون البقاء بمفردهم، مع العلم أنهم قادرون على الإنتاج والمخالطة، بل يبقون معرضين للشعور منهم بالاختلاف.

وقد يبلغ نسبة المنعزلين في المدرسة الابتدائية حوالي ١٠٪، ربما لخوفهم أو النبذ والهجر من الآخرين ومن مشكلات الأطفال المنعزلين أنهم لا يجدون الفرص للتعلم، وذلك بسبب قلة خبرتهم وممارساتهم المتعلقة بالاتصال بالآخرين.

أسباب العزلة الاجتماعية:

١ ـ الخوف من الآخرين.

وهذا سبب قوي للانعزال ويتخذ الخوف أشكالاً متعددة تؤدي إلى مشاعر سلبية، وهي تجنب الآخرين.

٢ ـ نقص المهارات الاجتماعية؛ مثل إقامة علاقات مع الآخرين، وتقديم أفكار حول ألعابهم للآخرين، والتحدث للآخرين عن شيء ما.

٣ ـ الفشل في الحصول على رضى الوالدين.

وخاصة عند اختيار الأصدقاء، فإن الأطفال في هذه الحالة يشكون في أحكامهم، لذا يؤثرون العزلة على المشاركة مع الأصدقاء، ويشعر الأصدقاء بأنهم غير مرغوب فيهم من قبل والدي الأطفال المنعزلين.

الوقايـــة:

١ ـ من الضروري توفير خبرات مبكرة للأطفال، في التعامل مع أصدقائهم الذين سيختارونهم.

٢ ـ يجب أن تقدم نموذجاً للمهارة الاجتماعية، وأن تعلمه وتناقشه.

نماذج من الأبوين، والرفاق، والإخوة. لكي يعرف الأطفال كيف يكونون أعضاء نافعين ومهمين في جماعاتهم.

هذه النماذج مثل: أن تخبرهم بأن الأطفال المحبوبين كرماء ومتعاونون، وأنهم

فرحون، مأدبون لا يستعملون أشياء الآخرين قبل الاستئذان.

عليك أن تناقش أطفالك في جو عاطفي دافِىء وأن تناقشهم في علاقاتهم مع رفاقهم.

عليك أن تناقشهم وتعطيهم الثقة في النفس، وتبين لهم أنهم أعضاء نافعون، وليس معنى ذلك أن الإنسان عضو نافع أنه يجيد كل الألعاب، أو يعرف كل المعلومات حول موضوع ما. وأنهم يمكنهم أن يبرزوا في مهارة ما. مثل مهارة الرياضة، أو الرسم أو أي لعبة ما.

٣ ـ شجع أطفالك على الاهتمام بالهوايات، أو اي هواية يحبونها. مثل الموسيقى، أو السِّباحة أو القراءة. . . الخ.

العــلاج:

١ ـ أن نكافىء أي نشاط اجتماعي بمعنى أن نعززه فوراً. والنشاط مثل أي مشاركة مع الجماعة، في رحلة، أو حفلة أو الذهاب إلى الملاهي أو المشاركة في المسرح المدرسي، أو نشيد مدرسي.

٢ ـ علم الطفل كيف يعطي وكيف يستقبل أي تفاعل إيجابي من الرفاق ـ وكيف يقيم صداقات. كيف يوجه التحية، وكيف يسأل وكيف يقدم معلومات عن أشياء واجهها وشارك فيها.

القســوة:

تعرف القسوة بأنها: الحصول المتعمد على المتعة من إيذاء الغير.

وهناك فرق بين القسوة والسلوك القهري، الذي لا يكون عن عمد.

وقد تكون القسوة تقليد للأب القاسي المستأسد. وهذا نموذج أبوي عدواني، قد ينم عن مرض وهو تلف في الدماغ مثل زيادة موجات كهربائية في الدماغ غير عادية.

العــلاج:

١ ـ أن تقلل النماذج العدوانية، لا تقدم لطفلك نماذج من القسوة، أو

الاضطراب الأسري (خناق في البيت).

٢ ـ شجع طفلك على استعمال أساليب بديلة للتعبير عن المشاعر، بدلاً من رمي الصحون والشتم والسباب والمضاربة.

هذه الأساليب تتمثل في:

أ ـ رسم لوحة أو صورة لرجل قاسٍ بغيض.
ب ـ رمي سهام على لوحة أو ضرب أشياء مكروهة أو أشياء رياضية كضرب حقيبة الملاكمة.

٣ ـ نمِّ روح العطف والمحبة في طفلك، وبيِّن له أن إيذاء الآخرين شيء مؤلم، وقل له هب أن أحداً ركلك وأنت واقف ماذا ستفعل؟ فكيف أنت تركل الناس!!!.

النشاط الزائد:

تعريف: يعرف النشاط الزائد بأنه حركات جسمية تفوق الحد الطبيعي المقبول.

أهم الخصائص التي تميز الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد:

١ ـ التهور.
٢ ـ نوبات الغضب الشديدة.
٣ ـ عدم القدرة على تحمل الإحباط.
٤ ـ عدم القدرة على الانتباه.
٥ ـ تغيرات ملحوظة في المزاج.
٦ ـ علاقات اجتماعية مضطربة.
٧ ـ الفوضى.
٨ ـ العدوان.
٩ ـ اضطراب الوظائف الحركية.
١٠ ـ النشاط الجسدي المفرط.
١١ ـ القابلية للإثارة.

أسباب النشاط الزائد:

١ ـ العوامل الجينية: تبين بعض الدراسات وجود علاقات بين العوامل الجينية

ومستوى النشاط الزائد، ولكن الأدلة المتوفرة غير كافية.

٢ ـ العوامل العضوية: يعزى الباحثون: أن النشاط الزائد ينجم عن تلف في الدماغ (اضطراب دماغي بسيط). يعني خلل وظيفي في الدماغ.

٣ ـ العوامل النفسية: تلعب العوامل النفسية دوراً مهماً في تشكيل النشاط الزائد. مثل الضغوط النفسية والإحباطات الشديدة، وقد يتعلم الأطفال النشاط الزائد عن طريق الملاحظة (النمذجة)، أي ملاحظة الوالدين أو أفراد الأسرة الآخرين.

٤ ـ العوامل البيئية: مثل التسمم والمواد الصناعية وردود الفعل مثل: الاستجابات للراشدين فهي تسبب إثارة كبيرة للجهاز العصبي المركزي.

علاج النشاط الزائد:

ويتم ذلك من خلال ما يلي:

١ ـ العلاج بالعقاقير: بعض العقاقير قد تزيد من قدرة الطفل على الانتباه، وتضعف النزعة لديه نحو التهور، هذه العقاقير تزيد من قدرة الفرد على التحكم، لأنها تخفض من النشاط الزائد.

٢ ـ العلاج السلوكي: العلاج السلوكي يعمل على تقوية الانتباه لدى الطفل كوسيلة لخفض الأنماط السلوكية غير المناسبة. ومنه:

أ ـ التعزيز اللفظي للسلوك المناسب.

ب ـ الاتفاقيات: الاتفاق على تقديم مكافآت في مقابل السلوك المرغوب الذي نريد أن يسلكه الطفل.

جـ ـ التنظيم الذاتي (Self Observation): ويشمل التنظيم الذاتي الملاحظة الذاتية والمتابعة الذاتية (Self Monitoring)، والتعزيز الذاتي (Self reinforcement).

ويكمن هذا العلاج في أن: الطفل يضبط نفسه بنفسه، أي من خلال التحدث إلى الذات.

(الضبط الذاتي اللفظي) أي بدون تدخل علاجي، واستعمل هذا العلاج إضافة إلى التحدث الذاتي على النمذجة، والممارسة السلوكية، والتلقين، والتغذية

الراجعة، والتعزيز الاجتماعي[١].

ولقد طوَّر ميشينبوم وجودمان هذا الأسلوب في بداية السبعينات بغية تدريب الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد (Meichenboum & Goodman 1971) وهناك دراسة لاحقة، قد طهَّر بورنستاين وكوفيلون (Bornstein & Cuevillon 1976) فيها هذا الأسلوب واستخدماه لمعالجة النشاط الزائد لدى ثلاثة أطفال في سن ما قبل المدرسة، وتمثلت مشكلتهم الرئيسية في عدم اتباع التعليمات، والتشتت، وعدم الانتباه أو التركيز، وحاول هذان الباحثان معالجة تلك المشكلات من خلال تقوية السلوك المتصل بتأدية تلك المهمات الموكلة إليهم[٢].

د ـ تنظيم البيئة الصَّفية: يحتاج الأطفال ذو النشاط الزائد، إلى بيئة تفتقر إلى الإثارة وتشمل محطات تعليمية خاصة لكل طفل، وغرفاً صغيرة وجدراناً تخلو من الإثارة البصرية (الألوان والصور والملصقات) اقتراح ستراوس (Strauss) سجل باسم اضطراب ستراوس[٣] Strauss Synd roome.

هـ ـ التعزيز الرمزي: وهو أسلوب فعال في الخفض من النشاط الزائد لدى الأطفال، وقد أثبتت التجارب التي أجراها الباحثون (آيلون وليمان وكاندل) (Ayllon, layman, kandel 1975) على ثلاثة أطفال تراوحت أعمارهم بين (٨ ـ ١٠) سنوات كانوا يتعالجون بالعقاقير فيما قبل، أثبتت نجاحاً في هذا المجال، فقد بينت النتائج أن مستوى فاعلية هذا الأسلوب كان بمستوى فاعلية العقاقير.

وكذلك أدى التعزيز الرمزي إلى تحسن ملحوظ في التحصيل الأكاديمي للأطفال الذين أجريت عليهم الدراسة.

و ـ الاسترخاء: هو أسلوب فعال في معالجة النشاط الزائد، ويقصد به الاسترخاء العضلي التام.

فقد استخدم مكبريان (Mcbrien 1987) هذا الأسلوب لمعالجة النشاط الزائد لدى الأطفال في الصف الأول الابتدائي.

---

(١) (الخطيب، ١٩٩٣) مرجع سابق.
(٢) الخطيب، ص ١٨٧.
(٣) الخطيب، ١٩٩٢، ص ١٨٧.

ومفاد أسلوبه: أن تدريب الطفل على الاسترخاء يهدىء ويقلل من تشتته.

ويتبع هذا الأسلوب، أسلوب آخر، هو أسلوب التخيل؛ أي تخيل مشاهد تبعث الراحة في أنفس الأطفال أثناء الاسترخاء (Imagination).

وهناك أساليب أخرى استخدمت في علاج النشاط الزائد منها:

التعاقد السلوكي ـ كأن يبرم المعلم عقداً مع التلميذ إذا قام بإنجاز مهمة في وقت محدد، سوف يحصل على جائزة، والتغذية الراجعة، استخدم لدى الطفل ويعطى تغذية راجعة سمعية (صوتاً مسموعاً) بمعنى أنه: إذا سمع صوت مرتفع فإن مستوى النشاط الزائد الحركي مرتفع، هنا يمتنع المعالجون عن تعزيز الأطفال، في حين أن عدم صدور الصوت يعني أن مستوى النشاط الزائد الحركي منخفض، وفي تلك الحالة يقوم المعالجون بتعزيز الأطفال[١].

ويعتبر الأطفال ذوو الحركة الزائدة غير قادرين على تحقيق متطلبات التحصيل الأكاديمي بسبب الصعوبات المتعددة التي يعانون منها.

من الأمثلة على ذلك ما يلي:

١ ـ طالب لا يجلس في الصف في مكان واحد لمدة تزيد عن دقيقتين، وأيضاً لا يدرس ولا يؤدي واجباته، وعلاقاته متدنية.

قد تظهر تلك المشكلة في سن الرابعة وتستمر حتى سن ما بين (١٤ ـ ١٥) سنة.

ولا يوجد سبب واحد لها، وإنما تتكون نتيجة تداخل وتفاعل مجموعة من العوامل الفسيولوجية (نشاط الجزء تحت القشرة من الدماغ) أو ضعف غذائي يعود لأسباب متباينة مثل الأورام أو نقص الأكسجين في الأنسجة، أو عوامل نفسية وراثية، أو عوامل تربوية اجتماعية أو عوامل عضوية كيماوية.

وتشير بعض الأبحاث بهذا الشأن إلى التأثير السلبي لبعض الملونات والحوافظ الغذائية، وبعض الأحماض التي تكثر في أغذية الأطفال المصنعة.

---

(١) الخطيب، ص ١٨٩، ١٩٩٢.

وهناك عوامل نفسية تتمثل في اضطراب إدراكات الأطفال، ونقص مقدرتهم على التعلم.

وصف الحالة وخصائصها:

١ ـ الأطفال ذوو الحركة الزائدة لا يمتلكون القدرة على التركيز على ما يهمهم، بل ينتبهون بشكل طفيف لأي مثير مما يؤثر على خبراتهم في المستقبل.

٢ ـ تتميز حركاتهم بالاندفاع، وعدم التبصر، وقلة الصبر، ويفتقرون أيضاً إلى التسلسل المنطقي. تختلط فيه الألفاظ أحياناً بسبب السرعة ـ كثيري التململ والشكوى ـ يبرز السلوك العدواني كمصاحب لهذه المشكلة، ويعتبر ضعف الانتباه من الخصائص الأساسية لهذه المشكلة. بالإضافة إلى تقلب الحالة المزاجية بين المرح والانزعاج.

وفي المدرسة وغرفة الصف لا يستطيع الفرد منهم الجلوس لفترة طويلة في المقعد، ولا يستطيع المحافظة على أدواته يسعى لإقامة علاقات مع من هم أصغر منه سناً ـ يكثر اصطدامه بالأثاث والآخرين ـ لا ينضبط بالطرق العادية، ولا يلتزم بالمهمة المطروحة عليه.

الوقايــة:

منها:

١ ـ وقاية الأم الحامل جسمياً، وأثناء تعاطي العقاقير أو التعرض للتوتر والقلق الشديد لفترات طويلة.

٢ ـ تعليم الطفل نشاطات هادفة مثل الانتباه والثناء على أي إنجاز يحققه، والتعلم المبكر بالملاحظة.

نسبة انتشار الحالة:

نسبة الانتشار تتراوح ما بين ٥٪ ـ ١٠٪ من الأطفال الذين تقع أعمارهم بين ٦ ـ ٨ سنوات، تقل النسبة تدريجياً مع تقدم الأطفال في العمر.

إرشادات للمربين أو الوالدين:

١ ـ لا بد من اكتشاف ما إذا كانت المشكلة مرتبطة بصعوبات حركية أو إدراكية أو إعاقات عقلية.

٢ ـ يجب إجراء الفحص الطبي المخبري للتأكد من عدم وجود حساسية غذائية لدى الطفل أو فيما إذا كان يواجه مشكلات عصبية أو وظيفية، وفحص الغدد ونشاط الجهاز العصبي.

٣ ـ لا بد من دراسة تاريخ العائلة من طرف الأم والأب ولتأكد من عدم وجود أفراد آخرين من أقرباء للطفل يعانون من نفس المشكلة.

هناك إرشادات عامة للوالدين والمعلمين:

مثل:

١ ـ العمل على تخفيف التوتر لدى الطفل عن طريق تنظيم البيئة المحيطة به بحيث تكون أكثر تنظيماً أو انسجاماً وتماسكاً.

٢ ـ يخصص مكافأة للسلوك أو الاستجابات التي تتعارض مع سلوك النشاط الزائد، مثل: زيادة مدة الجلوس للتلفزيون أو اللعب مع الوالدين.

٣ ـ تدريب الطفل من خلال أسلوب اللعب على القيام بحركات منتظمة مثل تمثيل كيفية هبوط الطائرة أو إقلاعها بشكل بطيء أو مشية الدب.

٤ ـ التمثيل الشخصي: من قبل الأب أو المعلم من أجل تطوير الضبط الذاتي.

مثلاً: يتحدث بصوت مرتفع وكنموذج للطفل إزاء موقف معين ـ مثل قوله جيد.

الآن أريد أن أفكر بشكل صحيح ـ يجب أن أفعل كذا ـ وكذا.

عظيم يجب أن أنتظر حتى أفعل كذا ـ ممتاز جداً وهكذا هذه طريقة فعالة لأن الطفل يعمل كموجه لذاته، والتغيرات الناجمة عن هذا السلوك تصبح هي مصدر تعزيزه، ولا تعتمد على وجود الآخرين كالمعلم أو الوالدين.

٥ ـ وهناك ألعاب شائعة تلعب دوراً هاماً في تنظيم إيقاع حركات الجسم لدى

الطفل، وتنمي لديه الحس بأطرافه وحركاتها مثل لعبة الحجلة واللمسة، والقطار المسافر ولعبة جامد (يبقى الطفل فيها ساكناً في مكانه إلاَّ إذا لمسه زميل). ولعبة القفز داخل الدوائر والتقاط الكرة دون مغادرة حدود الدائرة وهكذا.

٦ ـ إشراك زملاء الطفل أو أقرانه في تلك الإجراءات، لأن لذلك تأثير قوي، بحيث يمتدح الطفل الذي قام بسلوك ما وتلقى عليه الاستحسان من الآخرين (زملاء ومعلم).

يمكن أن يستخدم الزملاء والأقران للضغط على الطفل بطريقة غير مباشرة لكي يقوم بأنماط متنوعة ومتعددة من السلوك الإيجابي، وذلك بمنحهم جميعاً مكافأة. أو بعدد من الدقائق للعب بسبب سلوك هذا الطفل الإيجابي.

المطلب الخامس

السلوكيات اللااجتماعية:

العصيان: (وهو ما يقصد به العناد والتمرد)

العناد والتمرد: وسيلة لإثبات الذات، ولشد أنظار الآخرين، وأحياناً للتأثير عليهم. فإذا استمرت تلك الظاهرة بشكل سلبي، فإنها تصبح مرضية.

فإذا أحسنت تربية ابنك، وأشبعت حاجاته المشروعة، ومنها حاجاته إلى العطف والحنان، استطعت أن تقضي على هذه الظاهرة، أو تقلل من ظهورها.

أسباب العناد:

من أسباب العناد ما يلي:

١ ـ الرغبة في تأكيد الذات.

٢ ـ فرض قيود مشددة على سلوكيات الأطفال مثل: لعبه أو أكله أو شربه أو لبسه.

٣ ـ إهمال الطفل في المنزل وحده، وعدم اصطحابه معهم للزيارات والنزهات.

٤ ـ التذبذب في أسلوب معاملة الطفل، مرة لين ومرة قسوة، فلا يستطيع التمييز بين ما هو حق له وما هو ليس له.

العــلاج:

من أساليب العلاج ما يلي:

١ ـ التخفيف من أساليب القسوة المتبعة في تربية الطفل.

٢ ـ عدم اختيار أسلوب المواجهة مع الطفل، بل محاولة الإقناع باللطف واللين لاقتصاص العناد.

٣ ـ تهيئة الأجواء الأسرية الهادئة الخالية من الاضطراب (حُب + وُد + ملاطفة + عدل بين الأبناء + تشجيع وهكذا).

حـــالات

الحالة الأولى:

المشكلة: طفل في الثالثة عشرة من عمره شديد العناد، ملحاح، سهل الاستثارة.

السبب:

١ ـ الافتقار إلى الاتصال الوجداني بين الأسرة والطفل، لتحديد ما هو مطلوب من الطفل.

٢ ـ إثارة مشاعر الطفل، وإشعاره بأن كل ما تعانيه الأسرة هو بسبب تصرفات هذا الطفل. وهذا يخلق جواً أسرياً مشحوناً بالتوتر والضغط النفسي.

الوصف:

١ ـ يستمر الطفل في تكرار كلمات بشكل دائم، ويكثر من تكرار السؤال نفسه، حتى ولو كرر له الأب الإجابة، (يكرر الطفل العبارة أكثر من ٣٠ مرة).

مثل: «أنت معصب يا بابا»، «أنت زعلان منِّي».

٢ ـ يستجيب للمواقف بانفعال شديد وغضب وعلى الرغم من أنه غير عدواني، لا يضرب أحد، ولا يحطم شيء، إلا أنه إذا غضب، يندفع نحو الأب ويمسك يديه ويعوق حركته.

٣ ـ يخاف من الحيوانات وخاصة ـ القطة ـ التي تعيش في المنزل.

٤ ـ يجزع من أي جرح ولو كان بسيطاً.

٥ ـ يتشتت انتباهه ولا يركز.

٦ ـ قليل الصبر، ومندفع في أفكاره.

٧ ليس له قرار حتى في الأشياء البسيطة.

٨ ـ يكره المدرسة.

٩ ـ يؤذي نفسه باللطم والخربشة.

١٠ ـ يتبول لا إرادياً ليلاً.

نتائج الفحص النفسي:

إن هذا الطفل يعاني من تخلف عقلي ـ إفراط حركي ـ اضطرابات سلوكية ـ صعوبات في النطق والكلام ـ اضطرابات في الانتباه والتركيز ـ ذهان طفولة.

ويحتاج إلى جهد وصبر كبيرين حتى يستجيب للمنبهات، ولهذا يحتاج إلى علاج نفسي، لضبط مشكلاته السلوكية قبل دخوله المدرسة أو قبوله فيها.

ولوحظ من خلال اختبارات الذكاء التي أجريت له في المدرسة الفكرية على حسب المقاييس التي استخدمتها المدرسة، أنه وقع في فئة تخلف عقلي معتدل.

ويتراوح بين ٤٠ ـ ٤٥، بينما لا تقبل المدرسة إلاَّ من تكون نسبة ذكائه ٥٠ على الأقل.

العلاج: (مجلة عالم المعرفة ـ مرجع سابق):

خطة العلاج هدفها الرئيسي هو: خلق جو أسري مطمئن وخالٍ من التوتر الحاد الذي يعوق التواصل الوجداني مع الطفل.

ولذا يجب تحسين أنماط التفاعل الوجداني باستخدام منهج التعليم السلوكي وفق النقاط التالية:

١ ـ إقامة رابطة وعلاقة مع الطفل قويتين.
٢ ـ استباق مواقف الضغط النفسي ومعالجة الأمور قبل حدوثها.
٣ التعامل مع المشكلات عند ظهورها أولاً بأول.

الأهداف العلاجية ذات الآثار الفاعلة:

١ ـ خلق مناخ وجو اجتماعي يتفاعل فيه الطفل والأسرة.
٢ ـ تقليل المخاوف الاجتماعية للطفل، لأنها هي التي تعوق عندما تطبق عليه المقاييس ـ مقياس الذكاء مثلاً.
٣ ـ إعطاء الطفل فرصاً للنجاح، مثل إنجاز بعض الأعمال والمهام البسيطة، داخل نطاق الأسرة.

الأهداف المباشرة:

منها ما يلي:

١ ـ التوقف عن السلوك غير المرغوب فيه بنسبة متواضعة، وخاصة في الأسابيع الثلاثة الأولى ولو بنسبة ١٥٪.

«والسلوك غير المرغوب فيه هو: تكرار الكلام وتكرار الأسئلة، والإمساك بيد الأب وتعويق حركته».

٢ ـ إقامة علاقات اجتماعية مطمئنة بواحد أو أكثر من أفراد الأسرة.

مثل، قضاء وقت ملائم يومياً في مبادلة الأحاديث اللعب المستقل ـ عدم الالتصاق الشديد بالأب أو الأم.

٣ ـ تناقض مخاوفه الاجتماعية، وتزايد الوقت الذي يقضيه في اللعب مع الأطفال الآخرين.

شرح مفردات خطة العلاج:

الهدف الأول:

إقامة رابطة وعلاقة مساندة مع الطفل.

وتكون وفق ما يلي:

أ ـ امتداح الطفل وإظهار الإعجاب به عند إسهامه في أي نشاط إيجابي. حتى وإن أظهر سلوكاً غير مرغوب فيه.

ب ـ أن يتجاهل الأبوان السلوك السلبي ما دام أنه لا يوجد خطر منه.

جـ ـ يحافظ الأبوان على نبرات الصوت الهادئة والدافئة وتعبيرات الوجه، واحتكاك بصري ودي مع التربيت على الكتف أو الظهر بين الحين والآخر.

د ـ تشجيع أي محاولة من الطفل للتواصل أو الحديث، حتى وإن أدى ذلك إلى توقف الأم أو الأب عن أداء عمل مهم.

مثل قيادة السيارة، أو تجهيز أعمال في المطبخ. بل يجب عدم نهره وإسكاته،

ولكن بنظرة ودية هادئة وابتسامة حانية يستطيع الأبوان احتواء الموقف.

هـ ـ ملء وقت الطفل بنشاطات وأعمال متعددة ومحددة وقصيرة، يستطيع الطفل أداءها بنجاح، مثل إشراكه في ترتيب أثاث البيت، وترتيب حجرته أو أي نشاطات تعليمية مثل: قص ولزق ـ رسم ـ إعادة قصة أو حادثة سبق وإن شاهدها في الطريق.

وقد أطلق على هذا النشاط اسم «النشاط الإثابي لأنه ينتهي بإثابة الطفل لسهولته فضلاً على أنه يعطي الطفل فرصاً لتحقيق بعض النجاحات وتذوق طعمها، ومن ثم الحصول على تدعيم اجتماعي عند لقاء أسري مدته نصف ساعة، وعدة مرات ليلتقي الطفل مع بقية أفراد أسرته لتبادل المكافآت، مع تجنب النقد والسخرية.

ز ـ استخدام أسلوب التعليم في صمت، وخاصة عندما يكون الطفل منهمكاً في نشاط تعليمي بنفسه.

أي التوقف عن التدعيم الإيجابي (المدح) أو العقاب (النقد).

لقد تبين من خلال ملاحظات الطفل: بأن هناك تخبط وعدم اتساق في الاتصال اللفظي بالطفل.

كما تبين أن كثيراً من أنماط الاتصال اللغوي بين الطفل وأسرته كان من عوامل التهيج وإثارة الطفل.

لذا رأينا أن التعليم الصامت بديلاً للكثير من الأخطاء اللفظية في الاتصال والتعامل مع الطفل.

الهدف الثاني:

استباق مواقف التوتر.

فقد شملت الخطة تشجيع الأسرة على ما يلي:

١ ـ التمهيد بالحديث مع الطفل قبل الدخول في مناقشة التوتر.

مثلاً: يطلب منه أداء عمل، ويقال له سأقوم بالاتصال بالهاتف لفترة ١٠ دقائق وعليك أن تنجز هذا العمل خلال ذلك.

٢ ـ أن أبلغ الطفل بما سيحدث وما نتوقع منه في الموقف القادم.

مثل: سنذهب إلى السوق، وسنعود للمنزل فهل تريد شيء قبل أن نبدأ الخروج؟

٣ ـ أن أعطي الطفل فرصة للمشاركة والاختبار في اتخاذ القرارات الخاصة بتلك المواقف.

مثل: سأقرأ في هذا الكتاب لبعض الوقت، فهل تفضل أن تدخل معي المكتبة أم تبقى تشاهد التلفزيون؟.

الهدف الثالث:

المعالجة الملطفة للمشكلات غير المرغوب فيها عند حدوثها.

لا بد أن نشير مرة أخرى للسلوك غير المرغوب فيه مثل ـ القلق ـ التكرار ـ تعويض حركة الأب ـ النشاط الزائد.

وقد قدمت خطة للأبوين لاتباعها من بنودها ما يلي:

١ ـ أن يتجاهلا السلوك السلبي وليس الطفل.

٢ ـ أن يوجها انتباه الطفل لنشاط آخر لتغيير موضوع التفاعل.

٣ ـ أن يستمرا في عملية التغيير للنشاط الجديد.

٤ ـ أن يدعما الطفل ويكافآه إذا نجح معه أسلوب التغيير.

٥ ـ أن يحافظا على تعبيرات الوجه، وأن يتجنبا الامتعاض أو النظرات الحادة، والصوت العالي المحتد.

٦ ـ أن يزودا تفاعلهما بالطفل للمحافظة على استمرار العلاقة الودية معه.

بالحتم والضرورة سيحدث تغيير في حالة الطفل إذا ما اتبعت الخطوات بإخلاص وصبر وتفهم.

الغضب: وفقدان القدرة على الاتزان الانفعالي

يتجلى الغضب في فقدان السيطرة على سلوك الطفل، وهو انفجار عنيف، ويستثار بسهولة، ومن مظاهره الصراخ والشتم وتكسير الأشياء، والتدحرج على

الأرض، وتصل عند الأطفال الصغار إلى التقيؤ أو التبول. وهو غريزة وأمر طبيعي، وليس ظاهرة مرضية. وتكون نوبات الغضب نتيجة لاضطرابات انفعالية، وتكثر في الأطفال الذين تكون أعمارهم ما بين ٢ ـ ٤ سنة.

وتتقلص بتقدم العمر، لأن الطفل بعد ذلك يستطيع أن يعبر عن أفكاره لفظياً وبسهولة. إلا أن بعض الناس تستمر عندهم نوبات الغضب (صراخ ـ ضرب ـ شتم ـ قذف للأشياء) إلى سنوات الرشد وبعدها.

وليست نوبة الغضب حالة هدَّامة، بل هي تسلسل الأحداث خلال مراحل العمر.

فكما يقول الأخصائي النفسي (ألبرت تريشمان) (Albert Trieschman) «ليست نوبة الغضب حادثة هدامة فردية، وإنما هي سلسلة أحداث، وتتطور نوبة الغضب عادة خلال مراحل مختلفة، تبدأ بالمرحلة الأولى المألوفة ـ المعروفة بمرحلة التذمر والدمدمة ـ حيث يبدأ الطفل بالدمدمة والتذمر، ويظهر عليه النكد، ويدور في البيت مقطباً، ولا شيء يرضيه»[(١)].

مظاهر نوبات الغضب:

١ ـ الصراخ.
٢ ـ تحطيم الأشياء.
٣ ـ اللعن والشتم.
٤ ـ مقاومة جهود الوالدين لإسكاته.
٥ ـ التدحرج على الأرض.

مراحل نوبات الغضب:

١ ـ مرحلة الانفجار.
٢ ـ مرحلة الهدوء التدريجي.
٣ ـ مرحلة الاكتئاب وعدم التفاعل مع الوالدين.

---

(١) د. شالز شيفر، هوارد ميلمان ـ ترجمة ـ د. نسيمة داود ود. نزيه حمدي ـ مرجع سابق ص ٤٣٠.

٤ ـ مرحلة بقايا نوبة الغضب أو ما بعد نوبة الغضب.

يكون الطفل في هذه المرحلة متعباً بعض الشيء ـ أحمر الوجه ـ مستعداً لممارسة حياته وكأنه لم يحدث شيء.

ولملاحظة نوبات الغضب لدراستها وإمكانية السيطرة عليها يجب أن يحتفظ الدارس لهذه الظاهرة بسجل خاص ليدون فيه ملاحظاته مثل:

١ ـ متى وتحت أي ظروف تحدث النوبة.

٢ ـ متى يحدث التحسن. ومن علامات التحسن ردود الفعل الهادئة عند الطفل، والتعبير عن الندم.

٣ ـ متى يتناقص زمن النوبة.

٤ ـ متى تخمد نوبات الغضب.

وعندما تصبح نوبات الغضب هي الوسيلة المفضلة عند الطفل، ويلجأ إليها كثيراً، وخاصة عند حل مشاكله، فإنها تعكس مشكلة سلوكية خطيرة.

وليس من السهولة بمكان التكيف مع غضب الأطفال، فإنه إحدى المشكلات، لأنه يصعب السيطرة على نوبات غضبهم.

أسباب نوبات الغضب:

من الأسباب الهامة لنوبات الغضب ما يلي:

١ ـ الإحباط، لعدم تلبية التوقعات أو المتطلبات.

٢ ـ التقليد: تقليد الراشدين أو الآخرين.

٣ ـ عدم القدرة على نقل المشاعر للآخرين بسهولة أو التعبير عن مشاعرهم إلا بالانفجار.

طرق الوقاية:

من طرق الوقاية ما يلي:

١ ـ القدوة الحسنة: النموذج الأبوي مهم جداً في هذا المجال.

فإذا كان الأب أو الأم نموذج سيىء في التعامل ينفجر لأتفه الأسباب، لا

يستطيع أن يسيطر على سلوكه. فماذا ينتظر من أولاده، وخاصة الأطفال منهم.

٢ ـ تلبية حاجات الأطفال ـ الضرورية ـ الفسيولوجية ـ والسيكولوجية.

بمعنى أن يحصل طفلك على كمية كافية من الطعام وفي أوقات متفرقة، لسد لوعة الجوع أو العطش. وهيىء له فرصاً كافيةً للعب بحرية، ساعده ليحصل على نوم كافٍ وهادىء.

كل هذه المتطلبات تسكت نوبات الغضب.

٣ ـ تشجيع الطفل على التعبير عما يحس به بطريقة. مقبولة وبهدوء وقبل أن ينفجر في نوبة غضب. شجعه على صوغ عباراته في كلمات بسيطة سهلة. وإذا لم تستطع فاسأله بعض الأسئلة مثل:

١ ـ هل حدث شيء في المدرسة اليوم؟

٢ ـ هل أنت غاضب لأنك لم تؤدِ واجبك؟ سواء في المدرسة أو البيت.

٤ ـ الاسترخاء.

عود طفلك على الاسترخاء، وخاصة الاسترخاء العضلي، والعقلي. من خلال تمارين التنفس العميق.

العــلاج:

ليس الصراخ أو فقد السيطرة على الأعصاب، أو الاستسلام للطفل من طرق العلاج، ولا توجد طريقة مثلى للتعامل مع الأطفال المنفعلين، وإنما تجمع طرق مع بعضها البعض للتوصل إلى حل لظاهرة نوبات الغضب منها ما يلي:

١ ـ قدرة الطفل على التعبير عن الغضب بكلمات سهلة، أي القدرة على التعبير عن مشاعره بطريقة مناسبة (التعبير اللفظي).

مثل: أن يخبر والديه باستيائه من كثرة خروجهم من البيت. ومثل: أن يخبّر الوالدين الطفل بأنهم ينزعجون عندما يرون ألعابه غير مرتبة في حجرته، مبعثرة في جميع أنحاء الغرفة.

ويجب أن يسيطر كل منهما على نفسه، وأن يبتعدا عن النقد والحدة. هذا

أسلوب علاجي جيد يتخذ الهدوء، ويبتعد عن الحدة والانفعالية.

وكذلك شجع الطفل على تفريغ غضبه من خلال نشاطات جسدية، ورياضية.

٢ ـ تجاهل نوبات غضب الطفل.

تجاهل نوبات الغضب المتعمد وخاصة إذا كان الأب طرفاً في ثورات الغضب عليك الابتعاد عن المكان فوراً، إلى غرفة النوم وتجاهل الموضوع كلياً ولفترة محددة، وقد أوصى أحد خبراء رعاية الطفل أن تذهب إلى الحمَّام، لأن الحمام هو أبعد مكان يلحق بك الطفل إليه. إلى أن تنتهي ثورة الغضب.

أما إذا تعدى الأمر إلى الإضرار بالآخرين أو تحطيم أشياء من المنزل، فلا بد أن تتدخل في الأمر وتعزل الطفل إلى غرفة آمنة ولفترة محددة حتى تزول ثورته.

ولا تنزعج من حركات الأطفال وحيلهم، فهم يحاولون أن يضغطوا عليك بحبس أنفاسهم حتى يصبح لونهم أزرقاً.

لا تذعن إلى طلباتهم غير المشروعة أو غير المعقولة. بسبب زرقة وجوههم، فهم يستطيعون أن يتنفسوا. وتختفي عملية حبس الأنفاس تلقائياً عند الأطفال العاديين في سن الرابعة تقريباً.

٣ ـ صرف المكافآت، وامتداح السلوك الجيد.

أعط الطفل مكافأة، سواء كانت لعبة أو الذهاب به إلى رحلة، أو جلب هدية، فإنها حافز قوي وإيجابي لتفريغ الغضب.

أو قل له إنني مسرور منك، وذلك لسبب قيامك بتعليق ثيابك في مكانها وترتب فراشك قبل خروجك مع أنك كنت مستعجلاً.

وإنني مسرور منك لأنك أشركت أخيك في لعبتك.

٤ ـ العقاب البسيط.

إنك إذا عاقبت طفلك مثل: عزله في غرفة ولمدة بسيطة ـ فإنك لم تعمل ضد مصلحته. فليكن ذلك، وإذا دعتك الظروف أن تكرر ذلك العقاب، فكرره مرة أخرى.

٥ ـ الحديث مع الذات[1]:

درّب طفلك على كيفية التحدث إلى الذات. أي التحدث مع أنفسهم.

علمهم كيف يقاومون الإهانة، بطريقة هادئة، يستطيعون أن يسيطروا على أنفسهم ويضبطوها.

مثل: قولهم لأنفسهم إذا شتمني طفل فلا يؤثر ذلك في نفسي، ولا يثيرني، بل أتجاهل ما يقول وهكذا.

حـــالات

الحالة رقم (١):

طفل في سن ما قبل المدرسة، يركل كل شيء أمامه، ويقذف الأشياء.

ماذا عملت أمه؟

١ ـ كانت تمسك بالطفل وتمنعه من ركل الأشياء، وكانت صارخة معه.
٢ ـ كانت تسمع منه الاتهامات والشتائم، وكانت تصغي له، وبعد أن تهدأ العاصفة، كانت تشركه في محادثة ودية في أشياء أخرى.
٣ ـ لم تطلب منه الاعتذار ولم تفرض عليه جزاءات. وقد شعر الطفل بأن أمه أهملته، لكنها أهملته ظاهراً، وإنما كتمت غضبها وانفعالها، وأنها مع ذلك لم ترضَ عن سلوكه.

الحالة رقم (٢):

طفل شديد الغضب، لا يستطيع أن يكتم غضبه.

كيف عالجته المعلمة؟

١ ـ استخدمت معه أسلوب المكافآت قبل إعطائه قطع الحلوى إذا امتنع مدة ٣٠ دقيقة عن ركل أقرانه أو الأشياء التي أمامه.
٢ ـ قضاء وقت خاص مع المعلمة في كل يوم لا يقوم فيه بضرب أحد.

---

(١) شيفر، ميلمان، ص ٤٣٧.

٣ ـ كان يمتدح إذا استطاع أن يتغلب على غضبه أو كلما عبَّر عنه بطريقة لطيفة أو أقل حدة من السابق.

٤ ـ سمح له أن يذهب إلى غرفة التمارين الرياضية وأن يلكم كيس الملاكمة الثقيل.

الحالة رقم (٣):

طفل في الرابعة من عمره، كان يظهر نوبات غضب متكررة، يركل الأشياء التي أمامه أو الأشخاص. كان ينادي الناس بألفاظ بذيئة. وُصف بأن لديه نشاط زائد، ومستوى تعليمي أقل.

ماذا عملت له والدته؟

١ ـ حاولت أن تسيطر على تصرفاته ونشاطه الزائد بإعطائه ألعاب جديدة، وطعام يحبه.

٢ ـ لم تستسلم لطلباته، كانت حازمة معه.

٣ ـ إذا لم يذعن لطلب أمه أو أوامرها، كانت تعزله في غرفة وتقفل عليه الباب.

٤ ـ استعملت معه الطرق الودية، والاحتضان وتحديث ألعابه.

فقد قللت تلك الطريقة من نوبات الغضب عنده.

تعريف السَّرقة

تعرف السرقة على أنها امتلاك شيء لا يخص الطفل. أو: امتلاك شيء والاحتفاظ به بدون موافقة أو علم الشخص الذي يمتلك هذا الشيء فالميل إلى التملك غريزة، وهو أمر مشروع لكل الناس، ولكن إذا كان هذا التملك بطريق غير مشروع فإنه يعتبر سرقة.

والسرقة ظاهرة لا يقرها أحد، سواء شخص أو جماعة أو المجتمع.

فالأطفال يميلون إلى التملك، ولو كان في أشياء تافهة لذا يجب على الأهل أن ينموا تلك الغريزة بشراء أشياء يحبها الطفل كالألعاب والقصص، والكتب لإشباع تلك الغريزة.

يجب على الأسرة أن تنظم تلك الغريزة، وتفرق للطفل بين ممتلكاته وممتلكات الغير.

ومن المؤسف أن يستغل الذكاء في عملية السرقة، كخفة اليد والرشاقة. . الخ.

وحوادث السرقة شائعة في فترة العمر من ٥ ـ ٨ سنوات ومن ثم تبدأ بالتناقص.

أما إذا استمرت الظاهرة مع الطفل بعد سن العاشرة فهي تنمو عن اضطراب انفعالي، وهي هنا بحاجة إلى تدخل متخصص. سواء من الأخصائي الاجتماعي أو النفسي، أو الإصلاحيات.

على الأسرة متابعة الطفل، وعلى المدرسة أيضاً متابعته أثناء وجوده بها.

أسباب السرقة:

يسرق الأطفال لأسباب عديدة منها:

١ ـ سد حاجة ماسة عند الطفل. ربما كان هناك نقص لشيء ما في حياة الطفل. مثل: مصروف الجيب. أو الملابس، أو لغياب الود والحب الأبوي، أو الاهتمام والمودة، ربما لغياب أو فقد أحد الأبوين. وقد تكون الحاجة مادية لأن بعض الأسر تتمتع بخلفية اقتصادية متدنية.

٢ ـ اختيار نموذج سيىء للاقتداء به.

ربما رأى الأب يسرق أو أحد الإخوة أو أحد الرفاق وقام بتقليده من أجل الحصول على رضا جماعة الرفاق.

٣ ـ عدم تنشئة الطفل على الأمانة، وتدريب الطفل على التبادل المشروع، واحترام ملكية الغير.

٤ ـ دافع الانتقام، كرد فعل لقسوة زائدة. طريقة لا شعورية للانتقام من أحد الأبوين. فقد يسرق الطفل من أحد المحلات ليحرج أحد الأبوين.

٥ ـ التوتر الداخلي عند الطفل.

مثل الاكتئاب، أو الغيرة.

٦ ـ تدعيم الذات واحترامها.

قد يسرق الأطفال، ويعرضوا ما يسرقون على الآخرين كي يثبتوا للآخرين بصلابتهم ورجولتهم.

٧ ـ التدليل الزائد:

حيث يفهم الطفل بأن الحياة كلها أخذ فقط، وليس أخذ وعطاء.

٨ ـ عدم فهم الطفل حق الملكية الخاصة، وأنها يجب أن تحترم.

طرق الوقاية:

طرق الوقاية كثيرة منها ما يلي:

١ ـ التنشئة الاجتماعية منذ الصغر، وتنمية الوازع الديني عند الطفل أي تعليم الطفل قيم المجتمع ـ مثل الصدق، والأمانة، احترام ممتلكات الغير، وإعطاء نماذج صادقة من الحياة، يعين الطفل، ويقلل من احتمال السرقة أو الاعتداء على ممتلكات الغير، وكذلك بيان أن هذا السلوك غير مرغوب فيه وأن الله سيحاسب عليه.

٢ ـ إغناء الطفل عن الاستعانة بالآخرين، أي اجعل له مصروفاً، أو دخلاً منتظماً لشراء الحاجيات التي تخصه ودرِّبه على اللجوء إليك إذا احتاج أكثر من مصروفه، حتى لا يلجأ إلى طرق أخرى.

٣ ـ الإشراف المباشر على الطفل:

كون بينك وبين طفلك علاقة صحيحة، حتى يثق فيك، ولا يكون هناك حاجز بينك وبينه وتابعه أي تابع نشاطاته اليومية، حتى لا ينحرف، ولا تكتشف ذلك إلا بعد فوات الأوان. فكلما كان اكتشاف عادة السرقة مبكراً، أو الشروع فيها مبكراً كان أفضل.

٤ ـ القدوة:

إذا أظهرت خلق الأمانة في حياتك ونشاطاتك اليومية، تطبع به الطفل، وأصبح خُلقاً دائماً عنده.

إذا وجد منك طفلك هذا الخلق، تعيد ممتلكات الآخرين إليهم إذا وجدتها أو استعرتها فهو بالتالي لن يتردد في تقليدك والتخلق بهذا الخلق.

٥ ـ أبعد المغريات عن طفلك ـ لا تترك أمامه الأشياء التي يحبها والتي هو محروم منها، فلربما دعاه ذلك الحرمان إلى سرقتها.

٦ ـ المراقبة الذاتية: نمِّ المراقبة الذاتية عند طفلك ولا يتم ذلك إلاَّ بتوعية الطفل، وتعليمه وتفهمه بأن هذا السلوك غير مرغوب فيه وأن المجتمع لا يقره. وأنه سيكتشف أمره ولو بعد حين، لذا يجب أن يقلع عن هذا السلوك من البداية.

العــلاج:

للعلاج طرق عدة منها ما يلي:

١ ـ زرع القيم الدينية والأخلاقية في نفس الطفل، وتذكيره بآيات القرآن الكريم التي تحذر من السرقة.

٢ ـ اختيار القصص والأفلام الدينية والتربوية المناسبة للطفل.

٣ ـ عدم التشهير بالطفل إذا ما ضبط سارقاً ـ أمام رفاقه، بل عالج مشكلته، حتى لا تخلق منه سارقاً حقيقياً.

٤ ـ أن تحترم ملكية الطفل حتى يحترم ملكية غيره.

٥ ـ إبعاد الطفل عن رفقة السوء، وملء فراغه بالهوايات، والمفيد من الأعمال الإضافية.

٦ ـ اتباع أسلوب الرقابة الذاتية مع الطفل، بحيث نترك أمامه الأشياء التي يحبها، ونترك له التصرف، ونفهمه بأن يأخذ منها ما يحتاجه، وأن يستأذن قبل أن ينال قسطاً منها.

٧ ـ أن يصحح الوالدان السلوك اللااجتماعي فوراً. بأن يعيدوا الشيء المسروق إلى أصحابه أو التعويض عنه.

٨ ـ مواجهة الطفل:

أي الشرح له عن هذا السلوك ـ بعد أن تهدأ الأعصاب ـ بأنه عمل غير مناسب وأنهما لن يقبلا هذا السلوك مرة أخرى، وبعبارات لطيفة مثل قولك له: «كيف يكون شعورك لو أن أحداً أخذ شيئاً هاماً عندك وبدون إذنك؟

ومثل: «ماذا سيكون شعور صاحب هذه اللعبة، وأنت تتصل به الآن، تخبره

بأن لعبته عندك وستعيدها له؟

وأنك احتجت هذه النقود، وستعيدها إليه فوراً وأنك أخذتها على سبيل الاستعارة فقط.

وأفهمه أنه لا يمكن الاحتفاظ بالأشياء المسروقة إلى الأبد، بل سيكتشف أمره وتعود إلى أصحابها.

٩ ـ لا تحرم طفلك من الحب والمودة والاهتمام، بل كون معه علاقات دافئة وصحيحة، واملأ فراغه بقضاء أوقات جميلة معه.

١٠ ـ ابحث عن أسباب السرقة أولاً، ثم عالجها بهدوء، واضبط أعصابك، وهدّىء من ثورتك أمام الطفل، فالعالم لم ينهدم بسرقة طفلك، وأن كل شيء ممكن أن يعالج، وأن ينصلح أمره.

حـــالات

الحالة رقم (١):

المشكلة: أم لها ابنة عمرها تسع سنوات، كانت تسرق من حقيبة المعلمة، وأبلغت الأم بذلك، ولكنها لم تكترث، فقد قالت للمبلِّغ أنها كانت تسرق في طفولتها وأن أمها كانت تدافع عنها.

السبب: كانت الأم محرومة، لا تأخذ مصروفاً يكفيها. وكانت أمها مشغولة عنها في العمل في البيوت.

الوصف: كانت الطفلة تسرق من حقيبة المعلمة وقد اكتشفت المعلمة ذلك، وأبلغت أمها بهذا الأمر، إلاَّ أن الأم لم تكترث، وقالت للمعلمة: «لا داعي للكلام عن هذا الموضوع أمام أحد، وخاصة زميلاتها». وإن شاء الله عندما تكبر ستقلع عن هذه العادة. فأنا كنت مثلها.

العــلاج:

١ ـ أن تواجه الأم ابنتها بالأمر، وتبين لها أن هذه العادة غير مقبولة لديها. وأنها ستعيد تلك المبالغ إلى أصحابها.

٢ ـ أن تراقب الأم طفلتها بين الحين والآخر، وتؤمن لها مصروفاً يكفيها دوماً.

٣ ـ أن تبين لها أن السرقة عادة قبيحة، لا يرضاها أحد، وأن المجتمع يحاربها، لأنها ليست من المروءات، وأن الدين يمنع ذلك ولا يقره، بل يعاقب عليه.

الحالة رقم (٢):

المشكلة: ولد في الرابعة عشرة من عمره، كان يسرق أشياء تخص جيرانه ثم هرب من البيت.

السبب:

١ ـ أن الوالدين لم يراقبا ولدهما ـ بل تركا له الحبل على الغارب، ولم يعاقباه على أي فعلة من أفعاله السيئة.

الوصف: كان الولد يسرق، ويسرق، وعندما يضبط لم يظهر أي ندم على أفعاله، ونادراً ما يعاقبه والداه.

العــلاج:

١ ـ لا بد أن يراقب الوالدان سلوك ولدهما، وأن يناقشاه بالمنطق والهدوء.
٢ ـ أن يدلاه على طريقة مأمونة لجلب النقود، ليصرف على نفسه، ويعوض جيرانه إذا قبلوا العوض، وحتى يؤكد ذاته ويدعمها.
٣ ـ أن يؤمنا له دخلاً ثابتاً، ومنتظماً ـ حتى يستغني عن السرقة بهذا الدخل.
٤ ـ الابتعاد عن التدليل الزائد، والذي ظهر معنا من وصف المشكلة، وهو أنهما لا يعاقباه إلاَّ نادراً.

الكـذب

الكذب: هو عدم قول الحقيقة، أو إضافة معلومات غير صحيحة، بنية الغش والخداع لشخص آخر، بقصد الحصول على فائدة ما أو الهروب من موقف غير سار، أو أشياء مزعجة.

فإن الطفل في سن المدرسة أكثر احتمالاً لذكر الأكاذيب حتى يتجنب العقاب أو الحصول على مكاسب. ومن المؤكد أن كذب الأطفال في سن المدرسة كذب غير مقصود، ويرجع إلى صعوبة التمييز بين الخيال والواقع. بخلاف الكذب في سن المدرسة فهو كذب مقصود، ويكون هذا السلوك نمطاً اجتماعياً.

ويميز (بياجيه) (Piaget) بين ثلاث مراحل لمعتقدات الأطفال حول الكذب.

ففي المرحلة الأولى: يعتقد الطفل بأن الكذب خطأ لأنه موضوع تتم معاقبته ـ من قبل الكبار، ولو تمَّ إلغاء العقاب لأصبح الكذب مقبولاً.

وفي المرحلة الثانية: يصبح الكذب شيئاً خاطئاً بحد ذاته، ويظل كذلك حتى ولو تَمَّ إلغاء العقوبة.

وفي المرحلة الثالثة: «الكذب خطأ لأنه يتعارض مع التعاطف والاحترام المتبادل»[1].

أشكال الكذب:

ويأخذ الكذب عند الأطفال عدة أشكال منها ما يلي:

١ ـ المبالغة.

٢ ـ قلب الحقيقة.

٣ ـ الاختلاق (الادعاء).

٤ ـ الاتهام الباطل للانتقام والكراهية.

---

(١) شيفر، ميلمان، ص ٤٥٤.

٥ ـ التسامر. أي نزع الابتسامة من الوالدين أو الآخرين.

أنواع الكذب:

١ ـ الكذب الإيهامي أو الخيالي:

كسرد قصة خيالية ـ غريبة للتسلية والضحك.

٢ ـ الكذب الالتباسي:

أي أنه يلتبس فيه الحقيقة بالخرافة والخيال.

أو الواقع باللاواقع، كمشاهدة الأطفال لمسلسلات التلفزيون، وبهذا يتوقع الأطفال بأن شخصية البطل في بيتهم مع العلم أنه في أمريكا مثلاً.

٣ ـ الكذب الادعائي:

وهذا الكذب موجه لتعظيم الذات أو مظهر للشعور بالنقص:

مثال: مفاخرة ومبالغة بعض الأطفال بمراكز آبائهم، أو مقتنياتهم وغلاء أثمانها

الأسبـــاب:

من الأسباب الرئيسية للكذب ما يلي:

١ ـ تجنب العقاب بأي صورة من صوره.
٢ ـ تجنب ذكريات ومشاعر مؤلمة.
٣ ـ التقليد: تقليد سلوك الراشدين.
٤ ـ التباهي والتفاخر، كي يحصل على الاهتمام والإعجاب.
٥ ـ الدفاع عن النفس، وتأكيد الذات، أمام الأبوين ليثقا به.
٦ ـ الحصول على مكاسب شخصية وهي متعددة.
٧ ـ الولاء: يكذب الطفل لكي يحمي أطفالاً آخرين.
٨ ـ اضطراب الحياة الأسرية، وتفكك الأسرة وعدم الشعور بالأمن.

٩ ـ ظلم الأهل للأطفال بالتمييز بينهم وتفضيل بعضهم على بعض وكذلك ظلم المدرسين والتفريق بين الأطفال. قد يضطرهم إلى الكذب.

١٠ ـ ضعف الشخصية، ونقص الشجاعة للدفاع عن النفس.

طرق الوقاية:

منها ما يلي:

١ ـ عدم الضغط على الطفل ليعترف بأنه قد كذب. فأغلب الناس يلجؤون إلى الكذب عندما يطلب إليهم إدانة أنفسهم، بمعنى التروي عند إلصاق تهمة الكذب بالطفل، حتى لا يألف الطفل تلك اللفظة، ويستهين بها.

٢ ـ كن قدوة لطفلك، بأن تلتزم بمعايير الصدق التي وضعتها. بمعنى أن تكون بيئة الطفل صالحة والجميع فيها صادقون.

٣ ـ تجنب العقاب، والعقاب الشديد، حتى لا يلجأ طفلك إلى الكذب، ليتجنب العقاب المتكرر، ويدافع بذلك عن نفسه.

٤ ـ بيّن لطفلك مساوىء الكذب، والظواهر السلوكية الأخرى السيئة مثل السَّرقة والغش الخ، ليقتنع بأن الكذب شيء غير مرغوب فيه. بمعنى تزويده بشيء من القيم الدينية، حتى يقتنع بها ويلتزمها.

٥ ـ تهيئة الأجواء الأسرية النفسية المرنة، فالشخص المطمئن لا يكذب أما الخائف فيلجأ إلى الكذب، ليتخذه وسيلة للهرب من العقاب.

٦ ـ العدالة والمساواة بين الإخوة وعدم التمييز بينهم.

٧ ـ ألاّ تترك الطفل يمرر كذبته، لأن ذلك يشجعه ويعطيه الثقة بقدرته على الكذب.

طرق العلاج:

لعلاج الكذب طرق متعددة وأساليب مختلفة، وتختلف بسبب تجربة ودراسة الطرف المعالج ومنها:

١ ـ البحث عن الأسباب الكامنة وراء الكذب، فإذا وضعنا أيدينا على الأسباب أمكن وضع العلاج المناسب، فإذا كان التشخيص جيداً كان العلاج نافعاً.

وبالإمكان تجنب ظهور الكذب مرة أخرى.

٢ ـ استخدام الجزاءات بأنواعها.

سواء أكانت تلك الجزاءات تتضمن حرمان الطفل من اجتيازات معينة ـ كالهدايا أو الرحلات أو صرف مبالغ إضافية عن المقرر له.

وهو ما يسمى بالحرمان من حصول الطفل على التعزيز.

أو تعريض الطفل لمثيرات غير مرغوب فيها أو منفرة.

مثل التوبيخ ـ أو تغيير تعبيرات الوجه التي تعكس عدم الرضا عن سلوك الطفل.

بمعنى أنه ليس الإيذاء الجسمي هو العقاب الوحيد لتجنب الكذب فهو الوسيلة الأخيرة لتعديل سلوك الكذب.

ويجب أن يكون العقاب فورياً، أي بعد حدوثه مباشرة حتى لا يفقد أثره وفعاليته.

ويجب أن يكون العقاب بهدوء ـ ودون انفعال ـ حتى لا يؤدي إلى عكس ما قصد منه.

ويجب استخدام العقاب عند الضرورة فقط. حتى لا يتعود الطفل عليه، ويصبح العقاب شيئاً روتينياً ويفقد فعاليته بالتدريج.

وليس معنى الجزاءات هو العقاب فقط وبأشكاله المتعددة، ولكن الجزاء يكون من جنس العمل.

فإذا عدل الطفل من سلوكه (الكذب) مثلاً فإنني أستطيع أن أشجعه وأن أعزز من هذا السلوك بمكافأته، وتبيان أن الصدق هو فضيلة وأنه ميزة أخلاقية، وأن الكذب خطيئة وليس بميزة.

وأنبه هنا إلى نقطة مهمة في استخدام العقاب كوسيلة لتعديل السلوك وهي:

أن أعاقب السلوك غير المرغوب فيه، وليس الشخص نفسه. لأن للشخص كرامة وإنسانية يجب عدم خدشها، وإلا فقد العقاب أثره وفعاليته.

٣ ـ تعليم الطفل الفضائل، من هذه الفضائل الصدق. أبين للطفل أن الصدق أمر أخلاقي مطلوب. حتى يعرف الطفل الحقيقة على أصولها. وحتى يميز الطفل بين الواقع والخيال.

٤ ـ التغذية الراجعة الواقعية: بمعنى أن تعزز سلوك الطفل بتشجيعه على أي عمل يعمله، وتبين له أنك مرتاح لنتيجة هذا العمل، بقولك له كلمات مريحة ومشجعة مثل: حسناً ـ ممتاز ـ رائع... الخ. وتبين له أن بعمله مردود ما، أو نتيجة ما، حسنة. ليشعر بذاته.

٥ ـ تنمية الوعي لذات لدى الطفل:

فإن تنمية الوعي لذات الطفل يساعده على التعرف على الحقيقة، ويعرف أين هو من الواقع، ومتى يخطىء حتى يقلع عن خطئهِ.

وهذا لا يكون إلاَّ بمناقشة الطفل دوماً في أي موقف يتعرض له، من المواقف السيئة أو الحسنة وذلك بطرح أسئلة متكررة عليه، وتركيز هذه الأسئلة حول السلوك غير المرغوب فيه، حتى يتبين له أنه متورط في هذا الجانب، وبالتالي يحاول أن يقلع عنه شيئاً فشيئاً.

فالكذب لا يعتبر كذباً، إلاَّ إذا توفرت له النية والقصد في هذا الموضوع.

فالذي يدلي بمعلومات علمية غير صحيحة، أو يتوهم هو أنها صحيحة، وهي في الحقيقة غير ذلك، لا يمكن أن نعتبر ذلك كذباً.

٦ ـ تلبية رغبات الطفل وحاجاته الملحة بقدر الإمكان، حتى لا يلجأ إلى الكذب أو السرقة.

حالات (بتصرف)

الحالة الأولى:

المشكلة: طفل في التاسعة من عمره ـ كثير الكذب على والديه ومعلميه ورفاقه.

السبب:

١ ـ تفادي العقاب أحياناً.

٢ ـ ليظهر نفسه بطلاً ومهماً أحياناً أخرى.

الوصف:

١ ـ كان الطفل يكذب لضعف شخصيته، لأنه لا يستطيع مواجهة والديه

بشجاعة وتهرباً من العقاب كان يكذب.

فقد اكتشف الوالدان هذا السلوك، واعترف به الطفل أمام والديه.

العـــلاج:

١ ـ اتفق الوالدان مع الطفل على تحديد جزاءات معينة للكذب منها:

أ ـ عدم مشاهدة التلفزيون في أي يوم يكذب فيه الطفل.

ب ـ أن يخسر الطفل من مصروفه ريالاً، إذا كذب في يومين من أيام الأسبوع الواحد.

هذا بالنسبة للسبب الأول وهو (تفادي العقاب) أما بالنسبة للسبب الآخر وهو (التباهي والشعور بالأهمية).

فقد تقرر العلاج بالآتي:

١ ـ زيادة اهتمام والديه به، والثناء عليه، وتشجيعه وتقديره. وقد تم تحقيق ذلك.

٢ ـ إعطاء ملاحظات تعبر عن سرور الوالدين كلما صدق الطفل، فقد كانا لا يمتدحان السلوك الحسن، وإنما يقرعان السلوك الخاطىء وينتقدانه.

إلا أن الطفل لم يقلع نهائياً عن الكذب، فقد خسر مرتين ـ ريالين ـ لأنه كرر الكذب.

وقد فقد أيضاً فرصة مشاهدة التلفاز مرة واحدة.

وفي الأسبوع الرابع تعدل سلوك الطفل، وقام والده بمكافأته، فأخذه معه إلى ملعب الكرة، وبعدها أخذه إلى تناول البوظة وتناول النوع الذي يحبه.

مع ذلك فقد انخفض الكذب بشكل ملحوظ. بعد شهر واحد، وتم بعدها وقف النظام لأنه لم تعد الحاجة إليه.

الحالة رقم (٢) (بتصرف):

المشكلة: ولد في الثالثة عشرة من عمره، يكذب ويسرق، كان يكذب بمعدل مرتين إلى سبع مرات يومياً.

السبب: كان يستمتع بفعل كل ما يريد في اللحظة نفسها بدلاً من اتباع قوانين العائلة.

العــلاج:

١ ـ اتفق مع المرشد على تسجيل كل حادث كذب أو سرقة يقوم به.

٢ ـ وفي الفترات التي لم يكن يكذب فيها أو يسرق، كان يتلقى بطاقة، يمكنه أن يستبدل بها مختلف الامتيازات أو المكافآت مثل الألعاب أو المأكولات أو حرية اللعب في مناطق محددة حول البيت.

وكانت النتيجة سارة، فقد أدت هذه الإجراءات إلى السيطرة السريعة على سلوك الكذب والسرقة.

التخريب

التخريب هو: تكسير الممتلكات وتدميرها.

وينقسم الأطفال في ذلك إلى قسمين.

١ ـ الأطفال الذين يفعلون ذلك ببراءة أو عن غير قصد.

٢ ـ الأطفال الذين يفعلون ذلك عن قصد وبمكر فإن التخريب يعتبر سلوكاً وليس انفعالاً أو حاجة.

ومن الدوافع الهامة وراء التخريب، حب الاستطلاع، والكشف عن المجهول بالحل والتركيب.

وهذه النزعة هي النواة الأولى لكثير من الاختراعات والاكتشافات.

ويعتبر التخريب بالنسبة للطفل متعةً، ولكن بالنسبة لنا تخريب وخاصة في الأشياء غالية الثمن.

وأن ما نطلق عليه تخريباً هو تحقيقاً لغايات حيوية في نفس الطفل.

لذا: يجب إفساح المجال أمام الطفل، وخاصة في مجال اللعب، بإنشاء الحدائق الخاصة والعامة للأطفال، لذا قامت في بعض الدول مشاريع رياض الأطفال، والحدائق العامة وأمكنة اللهو، حتى يُصرف فيها الطفل نشاطه الطفولي والنشاط الزائد أيضاً.

أسباب التخريب:

من بين الأسباب الرئيسية لسلوك التخريب ما يلي:

١ ـ النشاط الزائد والحيوية التي لم تجد لها تصريفاً.

٢ ـ عوارض جسمية غددية.

٣ ـ دوافع انفعالية مكبوتة.

مثل الغيرة أو الرغبة في الانتقام، نتيجة الشعور بالاضطهاد، أو الشعور

بالخطيئة أو كراهية الذات من قبل الطفل.

٤ ـ الإحباط. الغضب والعدوان هما استجابتان طبيعيتان للإحباط.

٥ ـ الحصول على الإعجاب من الرفاق، أي الإثارة للآخرين بمعنى (المزاح التخريبي).

٦ ـ الخبث والمكر، بعض الأطفال يقومون بالتخريب بشكل متعمد، ويكون ذلك نتيجة لوجود اضطراب انفعالي دفين.

العــلاج:

من طرق العلاج الرئيسية ما يلي:

١ ـ المواجهة مع الطفل: لوقف سلوك التخريب يجب القيام بعدة أشياء منها:

أ ـ وقف السلوك التخريبي فوراً.

ب ـ ساعد الطفل على إيجاد طرق أفضل للسيطرة على مشاعره مثل: تفريغ الدافع التخريبي عند الطفل بإحضار وسادة يلكمها كلما شعر بالانزعاج.

جـ ـ اصدر له أوامر في صورة ألفاظ مثل (لا يمكنك أن تكسر ألعاب أخيك).

واشرح له سبب المنع.

د ـ ساعده على أن يدفع قيمة الضرر الذي لحق بممتلكات الآخرين، أو إصلاح الضرر بنفسه.

٢ ـ إيجاد وسائل تصريف الطاقة الزائدة بطريقة منظمة، عن طريق توفير ألعاب للطفل ووسائل للهوه، وأشركه في المعسكرات الرياضية والكشفية.

٣ ـ خلق الأجواء النفسية المريحة للطفل الخالية من الاضطرابات النفسية المنزلية.

٤ ـ مكافأة الطفل: كافىء طفلك كلما تعدل سلوكه، أو انخفض معدل حوادث التخريب انخفاضاً ملحوظاً.

٥ ـ عزل الطفل.

اعزل طفلك إذا انتابته نوبات الغضب، فترة زمنية ـ من مدة دقيقتين إلى خمس دقائق حتى يهدأ، ثم امتدح سلوكه إذا هدأ.

المشكلات الدراسية

المشكلات الدراسية كثيرة الحدوث، وهذا أمر واقع للأسف، والسبب في ذلك يرجع إلى أمرين:

أحدهما: الأهل، والآخر المدرسة وما بها من نظام تعليمي.

الأهل: بسبب أنهم حريصون على أن يبلغ طفلهم مستوى، وهم يرغبونه أن يكون فيه، وهو لا يستطيع أن يبلغ ذلك المستوى لأسباب عدة، فيدفعونه إلى ذلك دفعاً، وهذا يؤدي به إلى كرة المدرسة والدراسة، وقد يتأخر دراسياً، حتى نظام التعليم إذا كان فيه خلل يؤدي بالطفل إلى اضطرابات نفسية عديدة.

ناهيك عن الأطفال الذين قد يكونوا مصابين بإعاقات بصرية أو سمعية أو عصبية أو جسمية.

العــلاج:

يجب على المسؤولين والأهل فحص الطفل فحصاً طبياً دقيقاً للقضاء على أسباب تأخره الدراسي، وعلى أسباب المشاكل الأخرى، حتى يعطى الثقة في النفس، وأنه لا يقل عن الآخرين، وأنه قادر على التعلم.

وسنتناول بالدرس عدة مشكلات منها:

أولاً: المشكلات الدراسية عند الأطفال الأذكياء:

الطفل الذكي دائماً لديه طاقة وقدرة تميزه عن الآخرين، فهو يسعى لأن يصرف هذه الطاقة في أشياء، قد تكون نافعة أو غير نافعة كالشغب في الفصل أو في ساحات المدرسة، أو التلهي بأشياء غير مرضية خارج الفصل.

ملحوظة:

درجة الذكاء العادي ٩٠ ـ ١١٠، ما فوقها أذكياء، وما دونها قليلو الذكاء.

العــلاج:

١ ـ يجب أن نعالج الأمر بحكمة، وذلك بدراسة الأسباب ووضع الحلول

مناسبة لهذا الأمر.

وبذلك بالاستفادة من هذا النشاط الزائد والمواهب المتعددة وذلك بالآتي:

١ ـ إنشاء فصول خاصة بالأطفال المتفوقين.

٢ ـ أن يعامل هؤلاء الأطفال معاملة خاصة.

انياً: الهروب من المدرسة وعدم الانتظام في الدراسة:

يُعرف الهروب من المدرسة «بأنه الحالة التي يتعمد فيها الطفل الذي يتراح عمره ين ست سنوات وسبع عشرة سنة التغيب عن المدرسة دون عذر قانوني، ودون ىوافقة الأبوين أو المسؤولين في المدرسة»[١].

وإذا تكرر الهرب من المدرسة بحيث أصبح الطفل يتغيب عدة أيام من الشهر، ىإن ذلك يعد ظاهرة خطيرة، فقد تؤدي إلى نتائج لا تحمد عقباها، منها التخلف لدراسي على الأقل.

فإذا اكتشف ذلك مبكراً واتخذت الإجراءات المناسبة كان العلاج أنجع.

وقد أثبتت إحدى الدراسات أن التغيب أو الهروب من المدرسة يتكرر في أول سنتين من التحاق الأطفال بالمدرسة.

الأسبـــاب:

من الأسباب التي تسهم في الهروب من المدرسة ما يلي:

١ ـ تفكك الأسرة، وعدم مبالاتها بالمدرسة، فسواء ذهب طفلها إلى المدرسة أم لم يذهب فهو عندهم سواء. بل إنهم يشجعونه على عدم الذهاب إلى المدرسة بإيكال بعض الأعمال له سواء بيتية أو خارجية.

٢ ـ ضعف التحصيل المدرسي، سواء في الاختبارات أو في حل الواجبات المنزلية. فإن ذلك يلقي بظلاله على شخصية الطفل، وربما رسب عدة سنوات وبلغ به السن مبلغاً وهو في مرحلة واحدة، مما يجد في نفسه حرجاً.

٣ ـ العنف والعقاب المتكرر، وهذا قليل في أيامنا هذه.

---

(١) شيفر، ميلمان ص ٤٥٥.

٤ ـ التفوق العقلي: ربما يكون الطفل متفوقاً على أقرانه، لذا فهم يبتعدون عنه، وهو بالتالي يجد في متابعتهم صعوبة، فيجد الدروس مملة.

٥ ـ أسباب صحية: بدافع المعالجة يتغيب الطفل عن المدرسة، مما يجعله يتأخر عن اللحاق برفاقه، مما يتسبب في تخلفه، ويشعر بالإحباط ثم الفشل ثم الهروب من المدرسة.

العـــلاج:

من طرق العلاج المتبعة ما يلي:

١ ـ اعطِ المدرسة أهمية أمام طفلك ـ وعبر عن عدم رضاك للتغيب عن المدرسة. وحاول أن تكون على اتصال دائم بالمدرسة، حتى تقف على حالة طفلك ومستواه الدراسي ومدى انتظامه في المدرسة ـ حتى يعرف أنك تراقبه وأن الدراسة مهمة بالنسبة لك وله.

أ ـ ابحث في الأسباب التي أدت إلى الهروب من المدرسة وتفهمها جيداً، وحاول أن تساعده في التخلص من مشكلاته.

من المشكلات التي تواجه الأطفال في المدرسة الابتدائية ما يلي:

ب ـ صعوبة المقررات الدراسية، وخاصة الأكاديمية منها. فحاول أن توجه طفلك إذا كان ذلك كذلك إلى مدرسة مهنية، ربما يجد نفسه فيها.

٢ ـ وجود أطفال أكبر منه أو أطفال شرسين يضربونه، حاول أن تلجأ إلى المرشد الطلابي في ذلك وأن تحل المشكلة بهدوء مع والد الطفل الشرس.

٣ ـ الخوف من الفشل في الامتحانات.

٤ ـ قدِّم المعززات الإيجابية: مثل المكافآت والثناء. والسلبية مثل العقوبة ـ الحرمان من مميزات كانت تصرف له.

ملحوظة:

ولا يعتبر المعزز معززاً إلا بعد حدوثه، فالعقاب لا يعتبر عقاباً إلا إذا أدى إلى إضعاف السلوك غير المرغوب فيه.

والصراخ في وجه الطفل مثلاً، لا يعتبر عقاباً إلاّ إذا أدى إلى التقليل من احتمال حدوث ذلك السلوك.

وهو الهروب من المدرسة.

٥ ـ عالج الطفل إذا كان يعاني من أمراض مزمنة أو مؤقتة.

٦ ـ زود الأسرة بخبرات تربوية، هي بحاجة إليها، ومنها أهمية التعليم بالنسبة لطفلهم وكيفية معاملة طفلهم، كيف يعاملونه إذا أحسن وكيف يعامل إذا أساء التصرف.

المعاملة باللين والعطف، وعدم التحقير والإهانة.

خطة سلوكية للتغلب على المخاوف المدرسية

مدة القضاء على الخوف من المدرسة ثلاثة أيام فقط في بعض الحالات.

الإجراءات العلاجية:

١ ـ تكوين علاقة طيبة بالمدرسة، مع الأطباء، ومع العيادة للتعرف على المشكلة سريعاً قبل استفحالها.

٢ ـ تجنب التركيز على الشكاوى الجسمية والمرضية، فمثلاً لا تلمس جبهة الطفل لتفحص حرارته، ولا تسأل عن حالته الصحية صباح كل يوم مدرسي.

هذا إذا كنا متأكدين من سلامة حالته الصحية، وإلا فعلينا التأكد من ذلك مبكراً أو بشكل خفي.

٣ ـ تشجيع الأبوين على ضرورة إرغام الطفل على الذهاب للمدرسة مع التوضيح لهما أن مخاوف طفلهما ستختفي بالتدريج.

إجراء المزيد من اللقاءات العلاجية مع الأبوين ليخلصهما من قلقهما حول هذه المشكلة. ولتشجيعهما على تدريب الطفل للتخلص من مخاوفه المدرسية وفق الخطط التالية:

أ ـ خلال عطلة نهاية الأسبوع السابق على بدء الذهاب للمدرسة يوجه المعالج الأبوين إلى تجنب مناقشة أي موضوع يتعلق بمخاوف الطفل من الذهاب للمدرسة

(لأنه لا شيء يثير مخاوف الطفل أكثر من الكلام عن موضوع الخوف)، (والحديث عن الخوف أكثر إثارة للخوف من الموقف ذاته).

فلا نناقش مع الطفل الذهاب إلى المدرسة ولا نناقش معه أعراض خوفه، ولا نستخدم أسئلة مثل: هل تشعر بالخوف لأن الذهاب للمدرسة أصبح وشيكاً.

فهل أنت مضطرب أو خائف، أو قلبك يخفق لأنك ذاهب للمدرسة غداً؟

ب ـ أخبر الطفل بكل بساطة في نهاية عطلة الأسبوع وبالذات في الليلة السابقة على المدرسة ومن دون انفعال، وكأمر واقعي. بأنه سيذهب للمدرسة غداً.

جـ ـ أيقظ الطفل في صباح اليوم التالي، ساعده على ارتداء ملابسه، وتنظيم كتبه وزوده ببعض الأطعمة الجذابة ـ على ألاَّ تكون من النوع الدسم لأنه قد يؤدي إلى الشعور بالغثيان.

د ـ خلال فترة الإعداد هذه تجنب أي أسئلة عن مشاعره، ولا تثر أي موضوعات خاصة بخوفه حتى ولو كان هدفك زيادة طمأنينته).

كل المطلوب أن تأخذه للمدرسة وتسلمه للمشرفين، وأن تترك المكان.

هـ ـ في المساء، وعند العودة من المدرسة امتدح سلوكه، واثن على نجاحه في الذهاب للمدرسة، مهما كانت مقاومته أو سخطه، أو مخاوفه السابقة.

و ـ أبلغه أن غداً سيكون أسهل عليه من اليوم، ولا تدخل في مناقشات أكثر من ذلك.

كرر هذه العبارة (إن غداً سيكون أسهل من اليوم).

ز ـ كرر في صباح اليوم التالي نفس ما حدث في اليوم السابق، وكرر بعد عودته السلوك نفسه بما في ذلك عدم التعليق على مخاوفه، مع امتداح سلوكه ونجاحه في الذهاب للمدرسة.

هـ ـ عادة ستختفي الأعراض في اليوم الثالث. ولخلق مزيداً من التدعيم يمكن أن تهديه في هذا اليوم شيئاً جذاباً، أو يمكن عمل حفلة أسرية أو مدرسية بسيطة احتفالاً بتغلبه على المشكلة.

ط ـ استمر في تأكيد العلاقة الإيجابية بالمدرسة لتجنب أي انتكاسات مستقبلية

قد تحدث لأي سبب آخر كالعدوان الخارجي من أطفال آخرين، أو المعاملة القاسية من مدرسيه، وذلك لمعالجة هذه الأشياء أولاً بأول.

ملحوظة:

للتغلب على المخاوف المدرسية، من المهم عدم مناقشة الطفل في مخاوفه، وأن تصحبه ببساطة للمدرسة، وتترك المكان، وتمتدح في نهاية اليوم بعد عودته نجاحه في قضاء يومه في المدرسة.

حـــالات

الحالة رقم (١):

المشكلة: ولد في الحادية عشرة من عمره، كان يهرب من بيته عدة مرات ومن المدرسة.

السبب: كان نظام البيت صارماً في وجهه، لا يجلس معه أحد من أفراد الأسرة. ولا يستطيع أن يستقبل أصدقاءه في البيت.

الوصف: أصبح الولد وحيداً منعزلاً، لأنه لم يتخذ أصدقاء في المدرسة، فأخذ يهرب من المدرسة ويبحث عن أصدقاء ليعوض فقد الأصدقاء في المدرسة والبيت.

العـــلاج:

١ ـ أن يتفهم الوالدان هذه المشكلة، وأن يكوِّنا معه علاقات حميمة ودافئة، ليكونا له صديقين.

٢ ـ دعوة رفاق الصف إلى البيت، لتكوين صداقات جديدة ومتينة مع ولدهم.

٣ ـ إشراك الولد في رحلات من خلال المدرسة أو الأسرة، أو حفلات عائلية ليندمج الولد مع أقرانه أو أقربائه.

ضعف الدافعية للدراسة

الدافع هو كل ما يدفع الإنسان إلى القيام بعمل ما، أو نشاط ما ـ سواء كان النشاط حركياً أم ذهنياً. فهو حالة داخلية تحرك السلوك وتوجهه. ومنه ما هو فطري وما هو مكتسب. وقد يكون مكافأة مادية أو معنوية.

فالمعنوي منه مثل إرضاء الوالدين والمعلمين، ومنه أيضاً الرغبة في الوصول إلى الكفاءة والتفوق. وهو ما يسمى بدافعية التحصيل. فإذا عمل الطفل بجدية فإنه يرتفع تحصيله، وعلى العكس من ذلك إذا لم يعمل بجدية فإن الفشل يكون نصيبه، ويؤدي نقص الدافعية إلى ضعف التحصيل. فالأطفال الذين لا توجد لديهم دافعية لا يبذلون جهداً وبذلك يكون تحصيلهم متدنٍ ولو كانت إمكانياتهم كبيرة.

إن تدني التحصيل يبدأ في وقت مبكر، وخاصة في عمر ٦ سنوات، إذ تعتبر مرحلة العمر ٦ سنوات مرحلة هامة بالنسبة لتدني التحصيل.

وغالباً ما يزداد تدني التحصيل سوءاً إذا لم تتم معالجته مبكراً وبفاعلية.

ولضعف الدافعية أسباب عدة، قد يرجع بعضها إلى المدرسة إذ إن المدرسة لا تلبي حاجاتهم وميولهم الخاصة، وقد يرجع إلى الوالدين، وفي توقعاتهم وطموحاتهم، فقد تكون توقعاتهم مرتفعة جداً، وقد يتبع ذلك ضغط زائد من الوالدين من أجل تحقيق طموحاتهم وتوقعاتهم في تحصيل أكبر.

وهذا يؤدي بالطفل إلى الفشل، ونقص الدافعية، لأن الطفل لا يستطيع أن يحقق طموحات والديه، وبالتالي يتوقف عن المحاولة، وبالتالي إلى الاستسلام.

أولاً: من الأسباب الهامة لضعف الدافعية ما يلي:

الاستجابة لتوقعات الوالدين:

أ ـ ضغط الوالدين الزائد لتحقيق تحصيل أكبر. قد يؤدي ضغط الوالدين على أطفالهم إلى فشلهم، أو إلى استسلامهم للفشل، لأنهم مع إمكانياتهم الضعيفة لم

يلبوا رغبات والديهم، والحصول على درجات عليا أو تحقيق مراكز عليا في صفوفهم.

ب ـ عدم تشجيع الأطفال على بلوغ مراكز متقدمة أو تحقيق تحصيل أكبر، وذلك بسبب توقعاتهم المنخفضة لهم، فبهذا الشعور والتوقع يركن الأطفال إلى تحصيل متدنٍ، ما دام آباءهم يتوقعون منهم ذلك.

جـ ـ إهمال الأطفال، وتسليمهم للتسيب وعدم الاهتمام. قد تستغرق أعمال الآباء الخاصة جل وقتهم، فلا يجدون وقتاً لمراقبة أولادهم في البيت، ويتابعونهم في المدرسة. مكتفين باعتقادهم بأن ترك الطفل يعلم نفسه بنفسه أجدى، لأنه يعلمه الاستقلالية، ويزيد من دافعيته إلى التحصيل. وهذا في حد ذاته فوضى في التفكير، وعدم مبالاة من قبل الوالدين.

الأطفال بحاجة إلى من يعلمهم كيفية التفكير، وكيفية الدراسة أو تنظيم الوقت أثناء الدراسة، أو كيف يتصرفون عندما تداهمهم المشكلات.

د ـ التفكك الأسري:

إن الصراعات الأسرية أو الزوجية الحادة، قد تشغل الأطفال عن الدراسة، لأنها تجلب التوتر إلى البيت، وبالتالي تؤدي بالأطفال إلى الاكتئاب، وتضعف الميل إلى المدرسة وبكل متعلقاتها، وبالتالي إلى نقص الدافعية للتحصيل.

هـ ـ التدليل الزائد:

قد يؤدي التدليل الزائد للأطفال ولأسباب عدة إلى تدني تحصيلهم، وذلك بسبب نقص الدافعية عندهم. إما لخوفهم عليهم من مشكلات الحياة، أو لنقص دافعية الآباء أنفسهم للتحصيل، فقد يولدوا أثرياء، ويقولون لماذا تلك الدراسة، أمن أجل تحصيل المادة، فنحن أغنياء لا نحتاج إليها. نريد أطفالاً سعداء وأغنياء ليمتد أثرنا في الحياة وبعد الممات.

ثانياً: النظام التعليمي والإداري غير المناسبين:

يعمل المعلمون والإداريون جنباً إلى جنب في قيادة العملية التربوية والتعليمية. وهم يخلقون إمَّا جواً مدرسياً مريحاً وإمَّا غير مريح. فإذا كانت روحهم المعنوية عالية

فهم يخلقون جواً مدرسياً متفائلاً وهادئاً. وبالعكس على قدر تفهمهم وتقبلهم للعمل واقتناعهم به تكون النتائج.

على كل معلم لا يحب عمله، ولا يقتنع به، أن يترك العمل، ويفسح المجال لغيره، فإن ضعف دافعية هؤلاء المعلمين يؤدي بالتالي إلى ضعف دافعية الأطفال.

ثالثاً: ضعف مفهوم الذات لدى الأطفال:

إن تدني اعتبار الذات يؤدي إلى انخفاض الدافعية للتحصيل والدراسة عموماً. لذا يجب على الوالدين أن يعملوا دوماً على وضع أطفالهم موضع اهتمامهم وأن يشعروهم بأنهم مهمون، وأنهم رجال المستقبل، وبمقدورهم أن يعملوا الكثير، يستطيعون أن يحققوا مراكز متقدمة، وأن يصبح لهم شأن كبير، لا التقليل من قدرهم والحط من شأنهم. هذا التشجيع يحفزهم ويرفع من معنوياتهم، ويدفعهم إلى التحصيل المرغوب فيه.

رابعاً: صعوبات التعلم:

قد يكون ضعف الدافعية وبسبب وظائفية الجهاز العصبي المركزي المضطربة. فقد تكون الصعوبة نمائية مرتبطة بالذاكرة ـ أو الانتباه، أو الإدراك، وقد تكون أكاديمية ـ تعليمية. مرتبطة بتعلم القراءة والكتابة ـ أو التهجئة أو الحساب.

بعض الأطفال لا يفهمون اللغة ولكنهم ليسوا صماً، وبعضهم ليسوا قادرين على الرؤية والإدراك البصري وليسوا بمكفوفين، وبعضهم لا يستطيع أن يتعلم بالطرق العادية المستخدمة في التعلم مع أنهم ليسوا متخلفين عقلياً.

والسبب وراء ذلك أن هؤلاء الأطفال لم يكونوا ناضجين جسمياً ونفسياً واجتماعياً، ويشعرون بأنهم أقل دافعية من أقرانهم، ولربما أنهم تعرضوا لتجارب غير سارة سواء في البيت أو المدرسة.

مثل: تهكم أو إغاظة من الأقران، أو تصدع في الأسرة، أو موت أحد الوالدين.

يجب أن تحل مشكلاتهم لتزيد دافعيتهم إلى التعلم والتحصيل.

أمّا الأطفال الذين يظهرون أنماطاً من الصعوبات في جوانب مختلفة سواء

إدراكية أو معرفية أو صعوبات حسّية، أو جسمية. يجب الانتباه إليهم وأخذهم في الاعتبار وذلك بالكشف عنهم مبكراً وعلاج مشكلاتهم بالطرق التربوية الحديثة حتى ترتفع دافعيتهم إلى التحصيل والتعلم.

الوقايـــة:

من طرق الوقاية الهامة والرئيسة ما يلي:

١ ـ أن أشجع الطفل على الشعور بذاته، وقدرته على أن يستطيع عمل شيء ما. وبذلك يشعر الطفل بأنه يقدر على بذل المجهود المطلوب منه، وبذلك يقاوم الإحباط، وبذلك ترتفع دافعية الطفل وتزيد ثقته بنفسه.

٢ ـ أن أساعد الأطفال على وضع أهداف واقعية وعلى تجاوز العقبات التي تحول دون تحقيق تلك الأهداف.

بهذا يستطيع الأطفال أن يكونوا أكثر دافعية، وأكثر سعادة عند تحقيق تلك الأهداف، فإن الأطفال يبتهجون عند كل إنجاز يساهمون فيه.

ويجب أن تكون الأهداف ضمن قدرات الأطفال واستعداداتهم.

٣ ـ أن تعمل المدرسة على تحسين الجو المدرسي للطفل. بأن تعمل على تعليم الطفل كيف يفكر، وكيف يبحث وكيف يستفيد من تجارب الحياة وممن حوله من بيئته. وظواهر طبيعية من خلال مناقشة بسيطة وهادئة من منظور علمي وحقائق ثابتة.

وأن تهيىء له المدرسة جواً نشطاً ومرحاً، من خلال النشاطات التي يمارسها الأطفال عادة.

مثل الرحلات ـ والحفلات ـ الزيارات ـ الندوات.

٤ ـ أن أكافىء الطفل، وأن أمتدح سلوكه بشكل مباشر وغير مباشر، أي تعزيز النجاحات التعليمية تعزيزاً إيجابياً. وأن أعمل على أن يتحمل الطفل المسؤولية وخاصة المسؤولية الشخصية.

والتعزيز الإيجابي يتمثل أحياناً في المكافآت المادية، مثل الدمى،

والدراجات، والألعاب المسلية والمعلمة. وأحياناً يكون في الثناء والمديح، المهم أن تكون المكافآت مناسبة لسلوك الطفل، وكلما تحمل مزيداً من المسؤولية.

العـــلاج:

للعلاج طرقه ومنها ما يلي:

١ ـ استخدام نظام التعزيز المناسب.

سواء أدى هذا التعزيز إلى توابع إيجابية أو إلى إزالة توابع سلبية.

فالتعزيز الذي يحدث تغييراً إيجابياً في سلوك الطفل هو من أكثر أساليب تعديل السلوك استخداماً أما التعزيز السلبي فهو يزيل ولا يضيف مثيراً، ويسمى المثير الذي تعمل إزالته على تقوية السلوك بالمعزز السلبي. مثل جلوس الطفل بعيداً عن الآخرين تجنباً لمضايقتهم وإزعاجهم له.

فالعقاب يعتبر تعزيزاً، ولا يعتبر تعزيزاً إلاَّ إذا أدى إلى إضعاف السلوك ـ والسلوك غير المرغوب فيه. أي انخفاض التصرفات السلبية.

فالصراخ في وجه الطفل المشاكس لا يعتبر عقاباً إلاَّ إذا أدى إلى التقليل من احتمال حدوث ذلك السلوك.

فالتعزيز بمعنى المكافآت: تعني المصروف، وإقامة الحفلات وزيادة الوقت المخصص للعب والقيام برحلات خاصة، والثناء اللفظي.. الخ.

من الممكن أن يكون نظام المكافآت فعالاً، عندما يتم بالتنسيق بين المدرسة والبيت.

٢ ـ استخدام أسلوب الاعتماد على الذات.

هناك طريق آخر بخلاف طريق المكافآت التي تصرف من قبل الوالدين أو المدرسة، مكافآت يصرفها الطفل لنفسه بعد إنجاز كل عمل. بهذا الأسلوب تتأكد ذات الطفل، وترتفع دافعيته فإذا أدى واجباته، أو نجح في امتحان ما، قام به، يأخذ وقتاً كافياً للَّعب أو مشاهدة التلفزيون بنفسه، وبهذا يشعر الطفل بالاستقلالية والاعتماد على الذات، وتحمل المسؤولية.

هذا بالنسبة للبيت، أما بالنسبة للمدرسة فيمكن للمعلم أن يتفق مع الطفل بأنه كلما أنجز عملاً وفي وقت محدد تصرف له مكافأة ما.

من الممكن أن يكون التعلم تجربة مثيرة وخبرة ممتعة وذلك من خلال تعليم الطفل كيف يذاكر، وكيف يركز أثناء شرح المعلم، ومتى يأخذ قسطاً من الراحة إذا شعر بالنعاس.

من الممكن أن يتدخل مجلس الآباء والمعلمين في ارتفاع الدافعية للتحصيل بالتعاون معاً، من خلال الرحلات، والمحاضرات، والندوات المدرسية، فإن مردود ذلك سيكون ذا أثر فعال في تحسين الجو المدرسي، وبذلك يتحسن أداء الطفل وترتفع دافعيته، وتزداد ثقته بمعلميه ومدرسته.

إن كثرة انتقاد الوالدين لأطفالهم والتعدي على استقلاليتهم يؤدي بهم إلى خدش تأكيد الذات لديهم، بدلاً من النظر إلى الوالدين باحترام وتقدير، وأنهم عامل مساعد لديهم، من هنا نقرر أن عملية الضبط الذاتي لدى الطفل أفضل بكثير من عملية الانتقاد والتوجيه والاعتداء على استقلالية الطفل.

العادات الدراسية اللاسوية:

(عادات الدراسة الخاطئة)

نستطيع أن نقول بأن لدى الطفل عادات خاطئة في الدراسة، إذا لم يستخدم الطفل الوظائف العقلية في تحصيل المعرفة.

لذا يجب تعليم الطفل عادات الدراسة الجيدة، خلال وجوده في المرحلة الابتدائية.

وأكثر أشكال الدراسة تكراراً هو حل الواجبات في البيت وحفظ ما يأخذه الطفل في المدرسة.

وتؤدي عادات الدراسة الخاطئة إلى الضعف في التحصيل أو تدني في المستوى التحصيلي للطفل.

مما هو متعارف عليه بأن الطفل يعتبر ضعيفاً في تحصيله إذا كان أداؤه أدنى بسنتين من مستوى أداء الأطفال في صفه.

والأطفال الضعاف تحصيلياً يتميزون بخصائص منها:

تشتت الانتباه، وتدني التوقعات، وعدم إكمال الواجبات، أو عدم تسليمها في وقتها ومواعيدها، ضعف في المهارات القرائية، ومنها (تغيير سرعته في القراءة تبعاً لنوع المادة، القدرة على الاستيعاب، عمل الاستنتاجات).. الخ.

الأسبـاب:

١ ـ عدم معرفة طرق الدراسة وكيفيتها:

بعض الأطفال لا يعرفون كيف يدرسون، ولربما أنهم لم يتعلموا طريقة الدراسة ومهاراتها من قبل.

من المتعارف عليه أن الأطفال يتعرفون طرق الدراسة الجيدة من المدرسة، أو البيت، وغالباً من المدرسة فلربما عُلمِّت لهم ولكن لم يفهموها. أو أنهم تعلموها من البيت ولكن بشكل خاطىء.

٢ ـ صعوبات التعلم :

إن أكثر مظاهر صعوبات التعلم شيوعاً، هو نقص القدرة على التعلم. أي وجود اضطرابات تعلم ذات أساس عصبي، أمثال الديسيلكسيا (عجز القراءة) والديسيڤرافيا (عجز الكتابة).

وأيضاً عدم نمو القدرات العقلية بطريقة غير منتظمة أي وجود عجز أكاديمي عند الطفل.

ويمكن تلخيص هذه الأسباب إلى ما يلي: حسب تعريف الجمعية الوطنية الاستشارية للأطفال المعاقين حيث إنهم عرّفوا صعوبات التعليم: أنهم أولئك الذين يظهرون اضطرابات في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية التي تتضمن فهم واستعمال اللغة المكتوبة أو المنطوقة، والتي تبدو في اضطرابات السمع والتفكير والكلام والقراءة والتهجئة والحساب، والتي تعود إلى أسباب تتعلق بإصابات الدماغ البسيطة، والتي لا تعود إلى أسباب تتعلق بالإعاقة العقلية، أو السمعية أو البصرية أو غيرها من الإعاقات.

بمعنى أنَّ، سبب عادات الدراسة الخاطئة يرجع إلى خلل في وظيفة الجهاز العصبي المركزي، ومن الممكن علاج مشكلة القراءة (الديسيلكسيا) باستخدام الأشرطة المسجلة بدلاً من الكتب الدراسية.

٣ ـ المشكلات النفسية :

من المعروف أن التوترات الناتجة عن الخلافات الأسرية، أو الخلافات مع الزملاء، يمكن أن تؤدي إلى صعوبات في الدراسة، لأنها تؤدي إلى صعوبة في التركيز، ومن ثم تعيق فعاليات الدراسة.

كما أن كثيراً من الانفعالات مثل القلق والحزن، والتعب والإرهاق جميعها تعيق فاعلية الدراسة.

كما أن بعض الأسر لا تعطي قيمة للتعليم ولعملية الدراسة، إما لجهلهم بقيمة التعليم وإما لمستوياتهم الاقتصادية المرتفعة، أو لحاجتهم إلى أبنائهم للعمل معهم.

الوقايـــة:

١ ـ هيىء أفضل الظروف الدراسية للطفل وزوده بالإمكانيات المساعدة على الدراسة ومنها:

أ ـ هدوء مكان الدراسة وخلوه من الفوضى، وتهويته.

ب ـ إضاءة مريحة وتجنب الظلال وتقليل التشتت.

جـ ـ تنظيم أوقات الدراسة وعمل جداول محددة.

د ـ تقليل المزعجات مثل الاتصال بالهاتف وقت الدراسة، أو قيام حلقات المناقشة في البيت.

هـ ـ الدراسة بانتظام حتى لا تتراكم عليه الدروس. وأن يجلس على مكتب الدراسة يومياً بعض الوقت ولو لم يكن لديه درس أو تحضير لدرس.

و ـ توفير المراجع الخاصة بالدراسة وأن تكون في مكان يسهل الوصول إليه.

ز ـ أخذ استراحات بسيطة تقضى في استماع الموسيقى أو في تمرينات رياضية.

ح ـ تحديد أفضل أوقات الدراسة وطريقتها، وأفضل أوقاتها في الصباح الباكر، وفي هجعة الليل وسكونه.

وأن يبدأ الطفل بالموضوع الذي يحبه ويجيده، وإذا تعب خرج من المكتب للراحة أو عمل أي شيء آخر، لا يبقى على المكتب ليضيع وقته بدون طائل، ويجب أن يكون المكتب داخل غرفة النوم، وإذا كان ذلك مدعاة إلى النوم فلا داعي إلى وجوده في غرفة النوم، بل يختار له مكان هادىء ومنعزل.

بعض الأطفال يحتاجون إلى تعزيز إما إيجابياً أو سلبياً، مثل صرف المكافآت أو تطبيق بعض العقوبات.

٢ ـ شجِّع كل دافعية للإنجاز:

إن تشجيع الدافعية لكل إنجاز يساعد الطفل على تحقيق أهدافه مهما كانت بسيطة. وهذا في حد ذاته تشجيع لاستخدام التنظيم الذاتي.

فمثلاً: عندما يدخل الطفل غرفة ألعابه، لتنظيم بناء بيت من المكعبات، فإنه يكون مدفوعاً لإنجاز عمل ما، وهو بناء المكعبات، ومن ثم بناء البيت الذي كان

هدف الطفل، وبذاتية من طرفه هو يحقق العمل، وبمساعدة من الوالدين يظهر الشعور بالتمكن، ويعتبر العمر فيما بين ٦ و ٨ سنوات هاماً في تشكيل دافعية الإنجاز.

ودافعية الإنجاز مؤشر قوي على عادات الدراسة الجيدة، لذا يجب انتهاز فترة العمر المبكر، لتقوية واقعية الإنجاز، والوقاية من تشكل اتجاهات سلبية نحو التحصيل في وقت لاحق.

٣ ـ قدم نماذج من اهتمامك بالتعلم والدراسة لطفلك:

ولا يتحقق ذلك إلا باهتمام الوالد أو المعلم بالدراسة وتنظيم الوقت، وتوفير وسائل تربوية، مثل المراجع والكتب البسيطة والمجلات والدوريات. فإذا لمس الطفل من والديه ومعلميه اهتماماً كبيراً بالدراسة من خلال ارتيادهم للمكتبات، وشرائهم للكتب الثقافية والمتخصصة، وحضورهم المحاضرات والندوات التي تعقد داخل أسوار مدرسة الطفل أو خارجها. فإن اهتمامه هو يزدد أيضاً بالدراسة.

يجب الاهتمام بمشاعر الطفل، وتشجيعه على الدراسة بعبارات لطيفة وحانية، مثل: يبدو وكأن عليك واجبات كثيرة، ومثل: إذا صَعُب عليك موضوع ما فعليك أن تطلب المساعدة مني أو من أخيك الأكبر.. الخ.

وحذار من حل الواجبات للطفل، لأن ذلك يجعله كسولاً دائماً، ويركن إلى المساعدة، ولا يذاكر ولا يهتم بحل الواجبات.

فإذا نبغ الطفل في موضوع ما أو علم ما، ما علينا إلاَّ أن نشجعه، ونذهب به إلى الأماكن التي تهتم بمثل تلك الموضوعات، ونزوده بالمراجع والكتب والوسائل والأجهزة التي تخدم هذا النبوغ.

هذا من جانب الآباء، لكن من الجانب الآخر، وهو جانب الطفل. عليه أن يبحث عن الكتب النافعة في المكتبات، والجلوس إلى أفراد الأسرة والتحدث معهم عن الكتب وكيفية اختيارها، والمناقشة في موضوعاتها.

علينا متابعة التقدم الذي يظهره الطفل. في المدرسة وتشجيعه بالمكافآت، وكذلك تنمية مواهب الطفل وميوله، وتنمية حب الاستطلاع لديه.

العــلاج:

من طرق العلاج الهامة وهي كثيرة ما يلي:

١ ـ تشجيع الطفل على مراقبة الذات. أو ضبط الذات.

ويتم ذلك من خلال مراقبتهم أنفسهم أثناء العمل، وذلك بتسجيل الوقت المنصرف في دراسة مادة ما: مثل الرياضيات. من خلال ساعة وقف لهذا الغرض.

فإذا كان الوقت مناسباً وكافياً لإنجاز ما هو المطلوب من المادة، اتخذ هذا الوقت نموذجاً، وإذا لم يتم إنجاز ما هو مطلوب في الوقت الذي صرف، فلا أن يزداد هذا الوقت، حتى يتم المطلوب.

ويتم الضبط الذاتي من خلال التخطيط للاستراحات. إن الطفل هو الوحيد الذي يقرر متى يأخذ أوقات راحته ونوع الراحة، ومكان الراحة. أن يذهب إلى الحديقة، أم إلى غرفة الموسيقى، أو إلى ملعب كرة القدم... الخ.

ولا مانع من اشتراك الوالدين أو المعلمين في تنظيم وقت الدراسة، والجهد المبذول فيها، وطريقة الدراسة نفسها.

وكذلك يمكن الاشتراك مع طفل آخر في الدراسة ربما يؤدي ذلك إلى الحيلولة من تشتت الانتباه أو الدراسة في مجموعات مفيدة ويختارها الطفل بنفسه.

يجب أن تضبط المثيرات وتقلل إلى أقصى حد. منعاً لتشتت الانتباه.

٢ ـ عليك اختيار الطريقة النافعة والملائمة لمستوى طفلك، وأن تناقشه فيها:

ومن أشهر الطرق الفعالة في الدراسة، الطريقة التي يشار إليها بالرمز (SG3R). وهي طريقة تقوم على المسح والتساؤل والقراءة والمراجعة والتسميع (Survey - Question - Read - Review - Recite).

أولاً: المسح:

وهو أخذ فكرة عامة عن الموضوع من خلال تصفح العناوين والخلاصات.

ثانياً: الأسئلة:

يمكن تحويل هذه العناوين ورؤوس المواضيع إلى أسئلة.

ثالثاً: القراءة:

تتم القراءة للإجابة عن الأسئلة.

رابعاً: المراجعة:

تتم المراجعة للموضوعات الأساسية.

خامساً: التسميع:

بعد المراجعة يتم التسميع بصوت مرتفع ثم تلخيص النقاط البارزة:

وهناك مزج بين طريقة (SG3R) مع عدة طرق أخرى مثل المراقبة الذاتية والمكافأة الذاتية وأساليب التخطيط.

وقد كان لمزج هذه الطرق الأثر الفعال في تحسين مهارات الطلبة الدراسية بشكل ملحوظ[١].

وقد تضمنت أساليب التخطيط تحليل المهمات إلى أجزاء صغيرة سهلة الإنجاز، كما تمت جدولة أوقات الدراسة، ومنع القراءة التي تمت في آخر لحظة قبل الامتحان.

وقد تم تحديد مواعيد الدراسة ومكانها وكمية المادة التي سوف يتم إنجازها، وتحديد مكافآت يعطيها الطلبة لأنفسهم عندما يكملون بنجاح المهمات التي خطط لها.

وقد تم الاستفادة من بعض أجزاء طريقة (SG3R) في الإصغاء للحصص الصفية والتحضير للامتحانات.

منها:

١ ـ أن يكتب الطالب ملاحظات بالنقاط والموضوعات الهامة.

---

(١) مشكلات الأطفال والمراهقين، مرجع سابق، ص ٦٠٠.

٢ ـ أن يقوم الطالب بمراجعة الملاحظات، وإعادة تنظيمها وتوضيحها في اليوم نفسه.

٣ ـ كما يعمل الطالب على توقع أسئلة الامتحان والتدرب عليه، ومراجعة المفاهيم المهمة وتسميعها.

٣ ـ ساعد طفلك على حل الواجبات:

وذلك بتشجيعه على تنظيم وقت الدراسة ووقت حل الواجبات، وعلمه الاستقلالية كعادة دراسية وحل واجباته.

أشعره بأن الواجبات ربما تكون كثيرة، وبعضها قد يكون صعباً. ولكن مع الجد والاجتهاد، وتنظيم الوقت، واختيار الوقت المناسب، وخاصة الأوقات الباكرة، والتي يكون الهدوء فيها ضارباً أطنابه.

ولا بد من تشجيع الطفل كلما أنجز عملاً أو واجباً بالثناء عليه أحياناً، واستخدام نظام المكافآت، فإن له فاعلية كبيرة في هذا الشأن. فإن نظام التقريع والشتم لا يفيد، بل له مردودٌ سلبيٌ على تحصيل الطفل.

بل ساعده وبين له طريقة حل المسائل، ولا مانع من حل ما صَعُب عليه منها.

شجع نظام أسلوب التعزيز الذاتي أيضاً، حيث يقوم الطفل بتقديم مكافآت لنفسه كلما أنجز واجباً.

وكما تم تعلم أسلوب تقديم المكافآت يجب تعليم استخدام أسلوب العقاب الذاتي.

مثل: حرمان نفسه من متعة أو تسلية كان يقوم بها في ذلك الوقت.

٤ ـ أين دور المعلم؟

لا بد أن يسهم المعلم في تحسين عادات الدراسة وحل الواجبات، فهو المتخصص في هذا المجال، وقد سبق أن تعرض لمثل هذه المواقف.

يجب أن يناقش هذا الأمر في مجلس الآباء والمعلمين ويتخذ فيه قراراً، وأن تطبع فيه نشرات تبين كيفية تنمية مهارات الدراسة وحل الواجبات؛ كل فيما يخصه، أي حسب تخصصه.

ويجب على الطفل ألاّ يبتعد عن معلمه في هذا المجال، يستشيره كلما أشكل عليه موضوع، أو يأخذ رأيه في طريقة دراسته.

ولا بد أن يشجع المعلم تلميذه بعبارات لطيفة وحانية مثل: «يمكنك أن تدرس مدة أطول من تلك المدة، وأن تحصِّل أكثر كلما ركّزت وابتعدت عن المشتتات».

وعليه أن يعلمه كيف يأخذ قسطاً من الراحة، وذلك عن طريق الاسترخاء، ومن خلال الإيحاء، ويمكن للآباء أن يعلموا أطفالهم كيفية التنويم بدون أن يؤدي إلى النوم.

ويمكن أن يستغل الأطفال عملية التنويم في قراءة أسئلة الامتحان، وأن يجيبوا عنها إجابات مقنعة.

حـــالات

المشكلة: طفل في الثانية عشرة من عمره، يعاني من مشكلة صعوبة في الدراسة، يفقده القدرة على التركيز.

السبب: إنه يشعر بعدم الكفاءة، وبذلك يشعره بالتوتر والقلق.

العـــلاج:

١ ـ لقد تم تدريب الطفل على الاسترخاء العضلي لمدة بسيطة.

٢ ـ اتفق معه أن يغير من مكان دراسته، ليحصل له نوع من التجديد ويشعر بتجديد نشاطه.

٣ ـ وإذا شعر بالتشتت أن يترك مكان الدراسة لبرهة قصيرة.

٤ ـ وأن يستعمل ساعة وقف يستعملها عند الدراسة ويوقفها عند التوقف، ليعرف ويقدر الوقت الذي استغرقته الدراسة. حتى يمكن أن يزيد فيه أو ينقص منه.

٥ ـ وقد تم تعليمه كيف يقدم لنفسه المكافآت الذاتية. وكيف يحرم نفسه منها إذا قصّر في جانب من جوانب الدراسة.

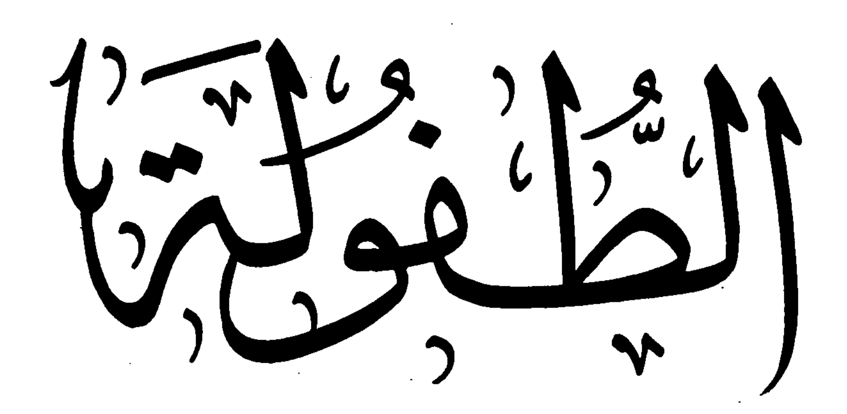
٦ ـ وعليه أن يطبق طريقة المسح والتساؤل والقراءة والمراجعة والتسميع (SG3R) السابق شرحها، وأن يطبقها بجدية، وأن يسجل ملاحظاته الهامة حول الطريقة.

المراجع العربية

١ ـ القرآن الكريم.
٢ ـ السُّنّة النبوية.
أ ـ صحيح البخاري.
ب ـ صحيح مسلم.
جـ ـ مسند البزّار.
د ـ الأوسط للطبراني.
٣ ـ مرسي، فاروق عبد الفتاح، ١٩٨٥، أسس السلوك الإنساني، عالم الكتب.
٤ ـ حواشين، مفيد وزيدان نجيب، ١٩٨٩ النمو الانفعالي عند الأطفال، دار الفكر للنشر والتوزيع ـ عمان، الأردن.
٥ ـ القوصي، عبد العزيز، أسس الصحة النفسية.
٦ ـ زهران، حامد، ١٩٨٥، علم نفس النمو، عالم الفكر القاهرة.
٧ ـ شحيمي، محمد أيوب، مشاكل الطفل كيف نفهمها، دار الفكر اللبناني، بيروت.
٨ ـ مرسي، سيد عبد الحميد، الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني، النفس البشرية.
٩ ـ الغبرة، بنية، ١٩٨١، المشكلات السلوكية عند الأطفال، المكتب الإسلامي. بيروت.
١٠ ـ حمدان، محمد زياد، الدماغ والإدراك والذكاء والتعلم، سلسلة المكتبة التربوية السريعة، عمان الأردن.
١١ ـ الرقدان، عبد الله، ١٤٠٤/ ١٩٨٤، علم الاجتماع التربوي، دار عمّار للنشر والتوزيع. عمّان، الأردن.

فهرس المحتويات

«الجـزء الأول»



الطفولة

المشكلات الرئيسية

التعليمية والسلوكية العادية وغير العادية

الأسباب، والعوامل الوقائية، والاحترازات، والعلاج

الجزء الثاني

إعداد الأستاذ

سلمان خلف الله

جهينة

للنشر والتوزيع

المقدمة

سبق وأن كتبت قبل هذا جزءاً بعنوان مشكلات الطفولة العادية، وكانت موضوعاته تدور حول نبذة عن الطفل في الإسلام، التعريف بمراحل الطفولة، والعوالم المؤثرة في النمو، والسلوك الإنساني، ومن ثم مشكلات الطفولة العادية مثل: التأخر الدراسي (المشكلات التعليمية)، أهم المشكلات السلوكية المختلفة. وهنا محاولة أخرى لدراسة مشكلات الطفولة غير العادية. وأطلب من الله العون والتوفيق.

الباب الثاني

مشكلات الطفولة غير العادية

التدخل المبكّر

إن الخطوة الأولى لبناء المجتمع المسلم هي تربية الطفل المسلم.

إن التأثيرات الأولى المبكرة قبل الولادة، وبعد الولادة لها نتائجها ـ من العمق ومن الديمومة. فإن الأطفال لن يصلوا إلى سن الثالثة أو الرابعة من عمرهم إلاَّ وقد تكونت نماذج سلوكهم وميولهم واتجاهاتهم وقد تبلورت نهائياً، ويبقى هذا السلوك مدى الحياة، ويصبح أحد السمات الشخصية الثابتة، ويكون من الصعوبة إزاحة أو تغيير بعض هذه الملامح مستقبلاً، سواء كانت تلك الملامح سوية أو غير سوية.

واتفق العلماء (علماء التربية) على أن السنوات الأولى هي مرحلة الصياغة الأساسية التي تشكل شخصية الطفل.

واتفقوا أيضاً على أن مرحلة الطفولة المبكرة هي مرحلة نمو ولعب وتعلم واستكشاف، وهي أجمل مراحل العمر بالنسبة لبعض الأطفال. ولكنها للأسف ليست كذلك بالنسبة لبعض الأطفال، بل هي مرحلة تدهور أو معاناة أو مرض.

إنهم هم الأطفال الذين يعانون من مشكلات عدة منها ـ اضطرابات جسمية أو عقلية أو لغوية أو اجتماعية ـ انفعالية ـ أو سمعية أو بصرية. . . الخ.

وهم ليسوا أقلية في المجتمع يمكن تجاهلهم. فإنهم يبلغون تقريباً نسبة ٦ ـ ٧٪ من الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة.

وهم بحاجة إلى خدمات خاصة، تسمى بالتربية الخاصة المبكرة (التدخل المبكر).

والتدخل المبكر ميدان حديث نسبياً في معظم الدول الراقية والمتقدمة، إلاَّ أنه لم يولد بعد في بعض الدول والبلدان مثل العربية والأسيوية والإفريقية مثلاً.

وحاجتنا إلى برامج التدخل المبكر حاجة ماسَّة، لأنها تكشف عن الأطفال المعاقين، وتقديم الخدمات التربوية والنفسية والاجتماعية والطبية لهم في أسرع وقت ممكن، وكما قيل فإن الوقاية خير من العلاج، والعلاج المبكر خير من العلاج المتأخر.

ومن المعلوم أن النمو يحدث في ظل تفاعلات متبادلة. بين الوراثة والبيئة. فالجينات من جهة والتنشئة والخبرة من جهة أخرى. هما اللذان يحددان معاً مسار النمو لدى الأطفال عموماً.

ومن الملاحظ أن تأخر النمو أو اضطرابه قد لا يعني بالضرورة حالة إعاقة. فقد يكون الطفل غير عادياً دون أن يكون معاقاً.

إذن فالإعاقة هي:

حالة انحراف في النمو الجسمي أو العقلي أو الحسّي أو اللغوي أو الانفعالي أو عجز عن التعلم).

وتسمى تلك الإعاقة بالإعاقة المحيرة. لأن قدرات الطفل تكون طبيعية، وخاصة القدرات الحسية والعقلية، ومع ذلك فهو لا يستطيع أن يتذكر أو يتنبه أو يتعلم مفاهيم ضرورية له كغيره.

فالتدخل المبكر هو تربية مبكرة من نوع خاص يطلق عليه التربية الخاصة لمرحلة الطفولة المبكرة، وهذا يحتاج إلى كوادر متخصصة، لذا لا تجده في بعض أو أغلب الدول ـ وخاصة في رياض الأطفال العادية أو الحضانات.

برامج التربية الخاصة (التدخل المبكر):

١ ـ الصف العادي في المدرسة العادية.
٢ ـ غرفة المصادر.
٣ ـ الصف الخاص.
٤ ـ مدرسة التربية الخاصة النهارية.

٥ ـ مؤسسات الإقامة الدائمة.

٦ ـ التعليم في المستشفيات والمنازل.

وسنفصل ذلك عند التعرض إلى الباب الثاني الخاص بالأطفال غير العاديين إن شاء الله تعالى.

الفصل الأول

المشكلات التعليمية

المبحث الأول
صعوبات التَّعلم
Specific Learning Disabilities

المطلب الأول
تعريف

هي المشكلات التعليمية والمعرفية والعقلية، والتي تكون القدرات العقلية للأطفال ضمن المتوسط وأعلى من ذلك، وأن تحصيلهم لا يرتبط بإعاقة عقلية أو جسمية أو سمعية أو بصرية.

تسميات أولية لصعوبات التعلم:

كانت هناك تسميات مختلفة لصعوبات التعلم قبل أن يستقر الاسم على الشكل الأخير.

أولاً: تسميات عامة:

١ ـ إصابة المخ.
٢ ـ الخلل الدماغي الوظيفي البسيط.

ثانياً: تسميات محددة:

١ ـ عُسر أو احتباس الكلام (قصور اللغة).
٢ ـ عُسر القراءة (العجز في القراءة).
٣ ـ الحبسة الرياضية (العجز عن إجراء العمليات الحسابية البسيطة).

٤ ـ العجز عن الكتابة.

٥ ـ المشكلات الإدراكية.

التعريفات الحديثة لصعوبات التعلم:

تركز هذه التعريفات على أبعاد مختلفة وهي:

١ ـ التعريف الطبي: ويركز هذا التعريف على الأسباب العضوية ـ كما أشار إليها كروك شانك (1967) (Cruick shenk) ومايكل باست (1967) Mykle Bust.

والتي تمثلت في الخلل العصبي، أو تلف الدماغ[١].

٢ ـ التعريف التربوي: ـ ويركز هذا التعريف على نمو القدرات العقلية بطريقة غير منتظمة. كما يركز على العجز الأكاديمي للطفل. كما يشير إليها (كيرك Kirk 1962) والتي تتمثل في العجز عن تعلم اللغة والقراءة والكتابة والتهجئة. والتي تعود إلى أسباب عقلية أو حسية.

ويركز هذا التعريف على التباين بين التحصيل الأكاديمي والقدرة العقلية للفرد[٢].

٣ ـ تعريف الجمعية الوطنية الاستشارية للأطفال المعاقين.

عرفت الجمعية الوطنية الاستشارية للأطفال المعاقين سنة ١٩٦٨ م الأطفال ذوي صعوبات التعلم، أنهم أولئك الذين يظهرون اضطرابات في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية التي تتضمن فهم واستعمال اللغة المكتوبة أو اللغة المنطوقة، والتي تبدو في اضطرابات السمع والتفكير والكلام والقراءة والتهجئة والحساب، والتي تعود إلى أسباب تتعلق بإصابة الدماغ البسيطة الوظيفية، ولكنها لا تعود إلى أسباب تتعلق بالإعاقة العقلية أو السمعية أو البصرية أو غيرها من الإعاقـات.

---

(١) الروسان، ١٩٨٩، ص ١٦٥.

(٢) مرجع سابق ـ الروسان ص ١٦٥.

المطلب الثاني
مظاهر صعوبات التعلم

تتعدد مظاهر صعوبات التعلم، فقد تكون مظاهر سلوكية، وقد تكون لغوية، وربما تكون بيولوجية.

أولاً: المظاهر السلوكية: Behavioral Aspects:

أ ـ صعوبة الإدراك والتمييز بين الأشياء:

معنى ذلك أن الطفل يصعب عليه التمييز بين الشكل أو المثير ككل. على سبيل المثال: يرى الطفل الحرف على أنه ثلاثة أجزاء غير مترابطة، ويصعب عليه أيضاً أن يميز بين الصورة الصحيحة والمعكوسة أو الأرقام أو الأشكال.

فهو يكتب حرف س هكذا ٦، ويكتب حرف ر هكذا ٫. ويكتب الرقم ٣ هكذا ٢، ويكتب الرقم ٤ هكذا ٤. كما يصعب عليه التمييز بين الأشكال الهندسية كالمثلث والمربع والمستطيل، كما يصعب عليه الجمع فهو يجمع هكذا:

٣٤٥ + ٣٦٥ = ٧١٠١٠[١]

نماذج من الكتابة: الصف الثالث تكتب هكذا *ثالثا سفصا*.

وهو ما يعبر عنه بالعجز عن الكتابة أو (بالديسيغرافيا) Dysgraphia وهو ما يعبر عن العجز الوظيفي للمخ بخلاف العجز الرياضي النمائي أو الحبسة الرياضية (Dyscalculia) (ديسكالكوليا).

ب ـ اضطراب المفاهيم:

يجد الطفل صعوبة في التمييز بين المفاهيم المتجانسة أو المتقاربة مثل: مفهومي ملح وسكر، أو التمييز بين أيام الأسبوع أو الأطوال أو الاتجاهات أو الأشكال الهندسية.

---

(١) (جبرين، ١٩٧٦).

جـ ـ الاستمرار في النشاط دون توقف:

يستمر الطفل في العمل أو النشاط المطلوب منه دون أن يدرك نهايته، فإذا طلب منه كتابة الأرقام من ١ ـ ١٠ على صفحة واحدة، فإنه يستمر في ذلك بعد نهاية الصفحة.

د ـ اضطراب السلوك الحركي:

يظهر الطفل اضطراباً في التوازن الحركي أو المشي، أو صعوبة في القبض على الأشياء بالطريقة المألوفة.

ثانياً: المظاهر العصبية (البيولوجية Biological Aspects):

وتشمل ما يلي:

أ ـ الاضطرابات العصبية المزمنة، والتي تعود إلى إصابة الدماغ، وتحدث أحياناً قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها.

ب ـ الاضطرابات العصبية الخفيفة.

وتظهر تلك الإشارات العصبية، في مظاهر المهارات الحركية الدقيقة. وهي تشير إلى حالة من حالات صعوبات التعلم سواء في الأطفال أنفسهم أو لدى عائلاتهم (Learner 1976) وهو ما يسمى بالتأخر في تطوير إدراك سمعي أو بصري عادي.

ثالثاً: المظاهر اللغوية Language Aspects:

تعتبر المظاهر اللغوية من أبرز الظواهر في ميدان صعوبات التعلم. ومن أهم المظاهر اللغوية، العجز عن التعلم، وأهمها (الديسيلكسيا) (Dyslexia) بمعنى صعوبة القراءة والكتابة. وتسمى غالباً بضعف القدرة على القراءة (Reading disability) أو (Poor Reading).

وقد نالت الكثير من الاهتمام على يد مورجان (Morgan, 1896) وجون مايكل بست [1](Mykle Bust 1967).

---

(١) الروسان ص ١٧٠ مرجع سابق.

وهو ما يطلق عليه تأخر في تطوير مهارات مناسبة في القراءة أو الكتابة أو الحساب . . . الخ.

ومن أعراض الديسلكسيا ما يلي:

١ ـ صعوبة في القدرة على القراءة. والتي تعود إلى أسباب تتمثل في ضعف القدرة على تكوين تتابع صحيح للمهارات القرائية.

٢ ـ صعوبة في القدرة على القراءة والتي تعود إلى أسباب طبية تتمثل في الخلل الوظيفي للدماغ.

٣ ـ صعوبة في القدرة على الكتابة والتي تسمى باسم: Dysgraphia، والتي تعود إلى أسباب تتعلق بالقدرة الحركية الدقيقة. وإلى العجز في التآزر البصري والحركي، أو العجز في القدرة على إدراك الرموز.

٤ ـ تأخر ظهور الكلام: language Delay.

ويقصد بذلك تأخر وقت ظهور الكلمة الأولى عند الطفل الذي يتصف بصعوبات التعلم حتى سن الثالثة.

علماً بأن وقت ظهور الكلمة الأولى عند الطفل العادي هو عمر السنة الأولى.

ويرجح العلماء السبب في هذا التأخر هو وجود أعراض لإعاقة عقلية أو سمعية.

٥ ـ سوء تنظيم وتركيب الكلام Language Deficit.

مثل تحدث الطفل بكلمات غير مفيدة، ويتمثل ذلك في تغيير أماكن الكلمات والأفعال فقد يضع الطفل الفعل مكان الفاعل، أو يؤخر حروف الجر. وهكذا.

المطلب الثالث
تصنيفات صعوبات التعلم

قد ذهب بعض المهنيين إلى أن صعوبة التعلم في الانتباه هي الأساس، وقد أشار البعض إلى أن الاضطرابات النفسية الأخرى مثل مشكلات الذاكرة، ومشكلات الإدراك البصرية أو السمعية هي الأساس أيضاً.

وقد حددت تعليمات الحكومة الاتحادية الأمريكية القرار الحكومي عام ١٩٧٧ م ثلاثة أنواع من المشكلات:

١ ـ مشكلات لغوية (تعبير شفهي، فهم ـ استماع).
٢ ـ مشكلات (القراءة والكتابة) تعبير كتابي ومهارات القراءة.
٣ ـ مشكلات رياضية (إجراء العمليات الحسابية، والاستدلال الرياضي).

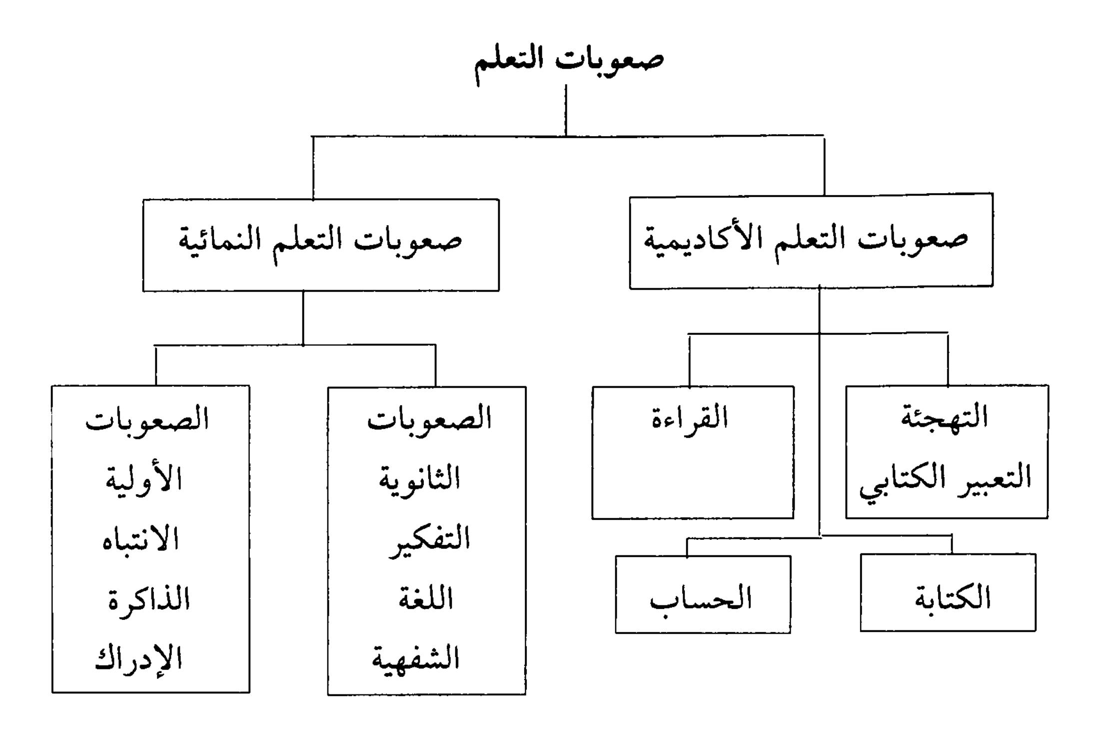
وفي ضوء هذه المقدمة يمكن تصنيف صعوبات التعلم إلى مجموعتين هما:

١ ـ صعوبات التعلم النمائية. وقد أشير إليها في تعريف الحكومة الأمريكية الاتحادية (بالعمليات النفسية الأساسية).

٢ ـ صعوبات التعلم الأكاديمية[١].

---

(١) صعوبات التعلم الأكاديمية والنمائية ـ ترجمة د. زيد حمد السرطاوي ود. عبد العزيز السرطاوي ص ١٨.



صعوبات التعلم النمائية:

هي تلك المهارات السابقة التي يحتاجها كل طفل بهدف التحصيل في الموضوعات الأكاديمية. لكي يتعلم الطفل الكتابة فلا بد أن تكون لديه مسبقاً مهارات ضرورية في الإدراك، والتناسق الحركي وخاصة تناسق حركة العين واليد، والذاكرة، وأيضاً يحتاج لتطوير مهارات أخرى لتتم عملية الكتابة، يحتاج إلى تطوير تمييزاً بصرياً وسمعياً مناسباً، وذاكرة سمعية وبصرية.

وإذا عجز الطفل عن تطوير تلك المهارات أو اضطربت هذه الوظائف بدرجة كبيرة، ولم يستطع الطفل تعويضها من خلال وظائف أخرى، عندئذٍ تكون لديه صعوبة في تعلم الكتابة أو التهجئة أو إجراء العمليات الحسابية. فالمهارات النمائية سابقة للمهارات الأكاديمية.

وتظهر كثير من الصعوبات قبل الدخول إلى المدرسة، وتكتشف تلك الصعوبات بعد الفشل في تعلم الموضوعات الأكاديمية في المدرسة.

من الوظائف العقلية الأولية الأساسية؛ الانتباه، الذاكرة ـ الإدراك، فإذا اضطربت تلك المهارات فإنها تؤثر على التفكير واللغة الشفهية ـ وهي ما تدخل ضمن الصعوبات الثانوية.

جـ ـ شرح لتلك المهارات:

١ ـ الانتباه: Attention

هو القدرة على اختيار العوامل المناسبة من بين مجموعة من المثيرات (سمعية، أو لمسية أو بصرية، أو إحساس بالحركة). فإذا لم يتمكن الطفل من التركيز على إحدى تلك العوامل فإننا نعتبره مشتت الانتباه.

٢ ـ الذاكرة: Memory

هي القدرة على استدعاء ما تم مشاهدته أو سماعه أو ممارسته فإذا اضطربت هذه الذاكرة ـ سواء البصرية أو السمعية فإننا نستطيع أن نقول بأن هذا الطفل لديه مشكلة في تعلم القراءة والتهجئة والحساب.

٤ ـ اضطراب التفكير: Thinking disorders

يعني وجود مشكلات عقلية تتصل بالحكم والمقارنة، وإجراء العمليات الحسابية والتحقق والتقديم، والاستدلال، واتخاذ القرار. . الخ.

٥ ـ اضطرابات اللغة الشفهية: Oral language disorders

وهي صعوبة توجد في فهم اللغة، والتعبير عن الأفكار لفظياً.

٣ ـ العجز في العمليات الإدراكية: Perceptual disabilites

وتتضمن إعاقة في التناسق البصري ـ الحركي والتمييز البصري، والسمعي، واللمسي، والعلاقات المكانية وغيرها من العوامل الإدراكية.

حتى يتعلم الطفل كتابة اسمه لابد وأن يطور كثيراً من المهارات الضرورية في الإدراك والتناسق الحركي وحركة اليد والعين والذاكرة ويطور تمييزاً بصرياً وسمعياً وذاكرة سمعية وبصرية.

صعوبات التعلم الأكاديمية:

تظهر هذه الصعوبات في أطفال المدارس (أي بعد الدخول إلى المدرسة) وتشتمل على:

١ ـ الصعوبات الخاصة بالقراءة.

٢ ـ الصعوبات الخاصة بالكتابة.

٣ ـ الصعوبات الخاصة بالتهجئة والتعبير الكتابي.

٤ ـ الصعوبات الخاصة بالحساب.

فإذا فشل الطفل في تقديم تحصيل مناسب فإننا نستطيع أن نقول إنه يعاني من صعوبات في تعلم القراءة أو الكتابة أو التهجئة أو التعبير الكتابي.

علاقة الصعوبات النمائية بصعوبات التعلم الأكاديمية:

قلنا في المقدمة إن المهارات النمائية بنوعيها أساس لتعلم المهارات الأكاديمية. فإذا وجد قصور أو عجز في إحدى المهارات النمائية مثل الإدراك أو الذاكرة أو التفكير فإنه حتماً سيكون هناك قصور أو فشل في تعلم المهارات الخاصة بالقراءة أو التهجئة أو الكتابة أو الحساب.

فإذا أصيب طفل في الإدراك السمعي ـ أي أنه عجز عن تركيب وجمع الأصوات في كلمة ما. مثلاً كلمة (قرأ) عرضت عليه حروف الكلمة ق ـ ر ـ أ وأصيب في التفكير والتصور (ذاكرة بصرية). فإنه يصاب بعجز في تعلم القراءة.

حالات صنفت ضمن صعوبات التعلم وهي لا تدخل ضمن صعوبات التعلم، مع العلم أنها أفرزت تخلفاً تربوياً وهي:

١ ـ التخلف العقلي.

٢ ـ الإعاقات الحسية.

٣ ـ الاضطرابات الانفعالية الشديدة.

٤ ـ نقص فرص التعلم.

المطلب الرابع

١ ـ أسباب صعوبات التعلم

إن مفهوم صعوبات التعلم يشمل فئة كبيرة من الأطفال. وقد بلغت نسبةً أكبر من نسب الإعاقات الأخرى. فقد أجريت دراسة أمريكية أجراها مايكل بست وبوشنز Mykle Bust & Boshes (1969).

في ولاية الينوي الأميركية. على طلاب الصفين الرابع والخامس من صفوف المرحلة الابتدائية.

تبين أن ٧ ـ ٨٪ من أطفال المدارس الابتدائية هم من الأطفال ذوي صعوبة التعلم.

بخلاف الإعاقات الأخرى: : فقد بلغت النسب ما يلي:

نسبة الإعاقة العقلية ٢,٣٪ تقريباً.

نسبة الإعاقة السمعية ٠,٦٪ تقريباً.

نسبة الإعاقة البصرية ٠,١٪ تقريباً.

نسبة الإعاقة ـ الاضطرابات الانفعالية ٢٪ تقريباً.

بعض هؤلاء الأطفال لا يفهمون اللغة ولكنهم ليسوا صمّاً، وبعضهم ليسوا قادرين على الرؤية والإدراك البصري وليسوا بمكفوفين، أما البعض الآخر فلا يستطيع أن يتعلم بالطرق العادية المستخدمة في التعلم مع أنهم ليسوا متخلفين عقلياً.

معنى هذا أن صعوبات التعلم لا تعتبر من الإعاقات المعروفة مثل الإعاقة السمعية أو البصرية أو غيرها من الإعاقات.

وإنما هي اضطراب في العمليات السيكولوجية الأساسية التي تشمل فهم اللغة أو الكتابة أو القراءة أو إجراء العمليات الحسابية.

أو هو القصور في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية التي تدخل في فهم اللغة المنطوقة أو المكتوبة، ويظهر هذا القصور في نقص القدرة على الاستماع أو الكلام أو القراءة أو الكتابة أو التهجئة أو في أداء العمليات الحسابية.

من الأسباب ما يلي:

١ ـ التلف الدماغي (عوامل عضوية وبيولوجية).

ويكون هذا التلف بسيطاً، وليس شرطاً في كل من لديه صعوبة تعلم أن يكون لديه تلف دماغي.

ومن أسباب التلف في عصب الخلايا الدماغية العوامل التالية:

أ ـ التهاب السحايا.

ب ـ التهاب الخلايا الدماغية.

جـ ـ الحصبة الألمانية.

د ـ نقص الأوكسجين، أو صعوبات الولادة، أو تعاطي العقاقير.

٢ ـ العوامل الجينية:

أي تدخل الوراثة بدور كبير في صعوبات التعلم: وفي عائلات معينة.

٣ ـ العوامل البيئية:

يشير كروكشناك وهلاهان Cruickshank (1967) & Hallhan (1978) إلى عوامل بيئية متمثلة في نقص الخبرات التعليمية، أو سوء الحالة الطبية وسوء التغذية، أو قلة التدريب أو إجبار الطفل على الكتابة بيد معينة إلاَّ أن كروكشناك يعتبر العوامل البيئية من العوامل غير المؤكدة عند الحديث عن أسباب صعوبات التعلم. ونحن نسمي هذه العوامل بالاضطرابات وقلة الدافعية.

٤ ـ عوامل التغذية:

وتشمل نقص الفيتامينات، أو بعض المواد الحافظة التي تضاف إلى الطعام مثل اللون والنكهة الاصطناعية.

وقد استنتج مارتن (١٩٨٠) بأن سوء التغذية خاصة في السنة الأولى من الحياة يسبب إعاقة النمو الجسمي وخاصة نمو الجهاز العصبي المركزي إلاَّ أن بُش ووانك Bush & Wangh (1976 p. 38) قسَّما أسباب صعوبات التعلم إلى أربع مراحل هي:

المرحلة الأولى: مرحلة الأسباب الأولية، وتتضمن الأسباب الخلقية والأسباب المكتسبة.

المرحلة الثانية: مرحلة إصابة الدماغ نتيجة لأسباب المرحلة الأولى. وللأسباب الكيمائية، والأسباب الانفعالية والأسباب المتعلقة بعوامل النضج وأخيراً الأسباب المتعلقة بعوامل الخبرة.

المرحلة الثالثة: مراحل الخلل الوظيفي في الإدراك وتكوين المفاهيم والتذكر، نتيجة لأسباب المرحلة الأولى والثانية.

المرحلة الرابعة: مرحلة نتائج الخلل الوظيفي في الإدراك والمفاهيم والتذكر والتي تبدو في الاضطرابات الفسيولوجية والنفسية والإدراكية الخاصة بالتعلم.

٢ ـ خصائص ذوي صعوبات التعلم

من أهم خصائص ذوي صعوبات التعلم ما يلي:

١ ـ الضعف الإدراكي الحركي.

٢ ـ عدم الاستقرار الانفعالي.

٣ ـ اضطراب التفكير والذاكرة.

٤ ـ اضطراب الكلام واللغة.

٥ ـ اضطراب في عملية الانتباه.

٦ ـ الأعراض العصبية وعدم التوازن.

٧ ـ ضعف في القراءة والكتابة والحساب.

المطلب الخامس
الفرق بين صعوبات التعلم والتأخر الدراسي

فالمحك ومدار التفريق بين التخلف العقلي والصعوبات هو القدرة العقلية.

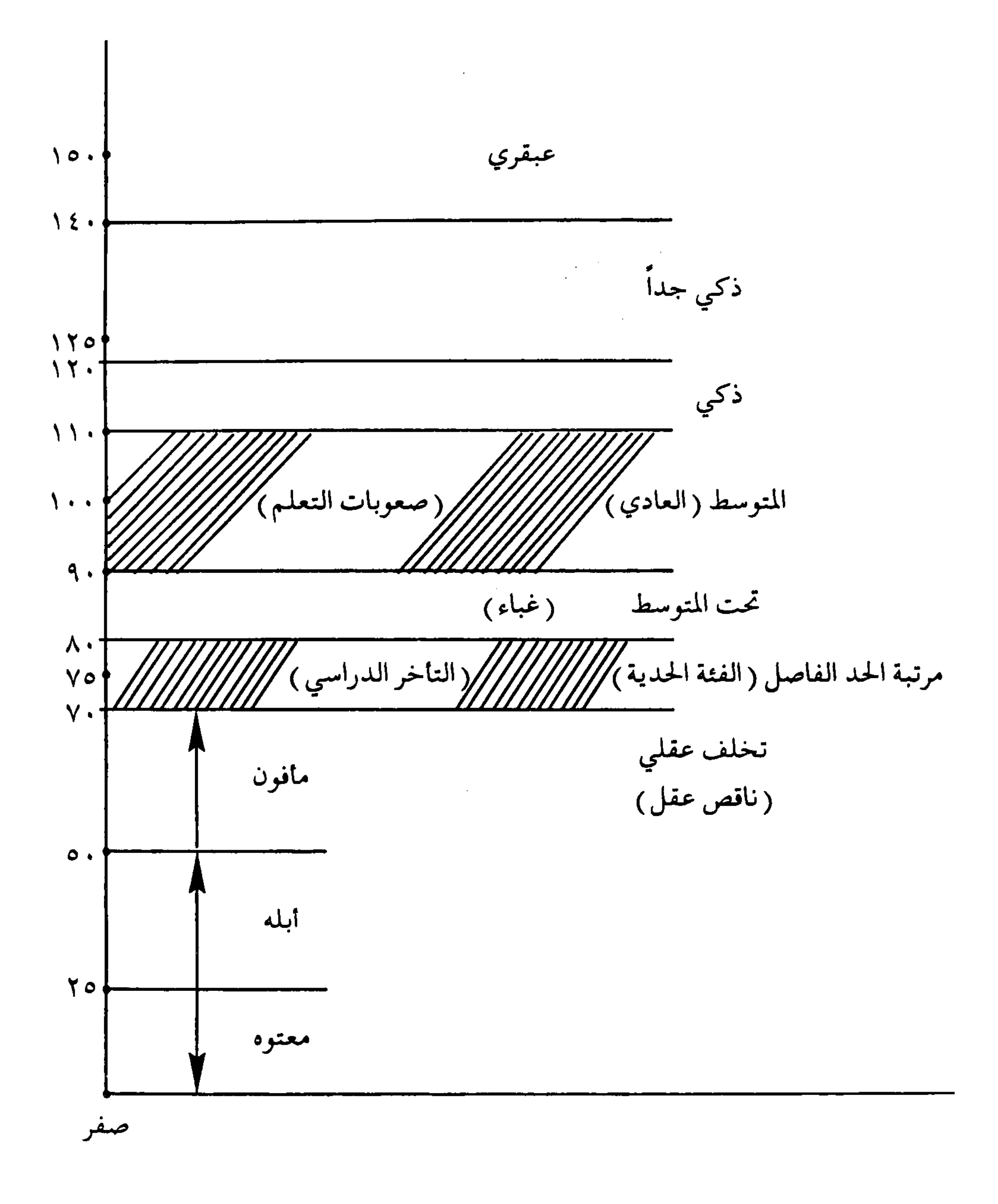
فالتخلف العقلي: هو حالة نقص أو تأخر أو تخلف أو توقف، أو عدم اكتمال النمو العقلي المعرفي، ويظهر في سن مبكرة نتيجة عوامل وراثية أو مرضية أو بيئية تؤثر على الجهاز العصبي للطفل مما يؤدي إلى نقص الذكاء ويكون الضعف فيمستوى الأداء في حدود انحرافين معيارين سالبين فالطفل المتخلف عقلياً يعاني من صعوبة كبيرة في تعلم القراءة والتهجئة وإجراء العمليات الحسابية في مستوى عمره.

أما صعوبات التعلم:

في هذه الحالة يتمتع الطفل بقدرة عقلية تقع ضمن المتوسط أو أعلى، وأن انخفاض تحصيله لا يرتبط بإعاقة عقلية أو جسمية أو سمعية أو بصرية. أو هو الطفل الذي ينحرف بشكل ملحوظ عن المتوسط.

أما التأخر المدرسي:

فهو تأخر في التحصيل بالقياس إلى الأقران فيرتبط التأخر الدراسي بقصور وانخفاض في نسبة الذكاء، حيث تقع نسبة هذه الفئة ضمن الفئة الحدية، كما أنهم يختلفون في كثير من خصائصهم عن الأطفال ذوي صعوبات التعلم.



مقياس تيرمان للذكاء: على رسم بياني

ملاحظة:

١ ـ نقطة الثمانين تمثل انحراف معياري سالب (-١ع).

٢ ـ نقطة السبعين تمثل انحرافين معيارين سالبين (-٢ع).

٣ ـ نقطة خمسة وخمسون تمثل ثلاثة انحرافات معيارية سالبة (-٣ع).

علم الأعصاب والعجز اللغوي

أسهم علم الأعصاب في التعرف على الإصابات المخية التي تؤدي إلى صعوبات في القراءة والكتابة والكلام والحساب.

فقد أظهرت دراسات بيير بروكه العالم الفرنسي ١٨٦٠ م من تأييد لما ذكره فرانسيس جاك ١٨٠٢ م من وجود علاقة بين الإصابات المخية واضطرابات اللغة. فقد ذكر بروكه أن الشق الأيسر من الدماغ يختلف في وظائفه عن الشق الأيمن، وأن اضطرابات النطق واللغة تعود إلى إصابة الفص الأمامي من الدماغ والتي لا تزل تعرف بمنطقة بروكه[١].

وفي عام ١٨٧٢ م استطاع (كارل ويرنك) تحديد منطقة الفص الصدغي الأيسر من الدماغ على أنها مسؤولة عن فهم الألفاظ والأصوات وربطها باللغة المكتوبة. وكذلك الكتابة.

وتعرف هذه المنطقة بمنطقة ويرنك[١].

فحين تقوم منطقة بروكه بإنتاج الكلام، فإن منطقة ويرنك تتعامل مع فهم الكلام.

وفي عام ١٩٢٨ م فقد حدد العالم هنشليود من أن سبب صعوبة القراءة يعود إلى إصابة في التلفيفة الزاوية اليسرى، وهي إحدى تلافيف الدماغ، وتقع في جزئه الأيسر وتتصل بالكلام.

لكن العالم صموئيل أورتن عام ١٩٢٨ لم يتفق مع هنشليود. واعتقد بأن صعوبة التعلم تعزى إلى عدم سيطرة أحد شقي الدماغ. لقد اعتقد أورتن بأن عدم سيطرة إحدى شقي الدماغ يؤدي إلى التأتأة وكذلك إلى صعوبات القراءة. واعتقد أيضاً أن الشق الأيسر هو المسيطر لدى الأفراد الذين يستخدمون يدهم اليمنى.

تشخيص حالات صعوبات التعلم:

يمكن للأب أو المعلم من تشخيص حالات صعوبات التعلم بالمعايير التالية:

---

(١) صعوبات التعلم ـ ص ٤٠ مرجع سابق.

١ ـ وجود فرق واضح بين قدرة الطفل على التعلم وبين إنجازه الفعلي.

٢ ـ عدم انتماء تلك الصعوبة إلى أي فئة من فئات الإعاقة الأخرى (التخلف العقلي، الإعاقة السمعية، الإعاقة البصرية، الإعاقة الانفعالية، الإعاقة الحركية.

العــلاج:

يكمن العلاج فيما يلي: باختصار.

١ ـ تدريب القدرات: وعلى المدربين أن يركزوا على تطوير العمليات اللغوية عند الطفل مثل تدريب القدرات البصرية ـ الإدراكية والقدرات الإدراكية الحركية.

٢ ـ تدريب المهارات: ويركز المدربون على استخدام أساليب تعديل السلوك، واستخدام أسلوب التعليم المباشر والقياس المتكرر لسلوك الأطفال.

المطلب السادس

قياس صعوبات التعلم وتشخيصها:

يتم القيام بعملية القياس من قبل الأخصائي النفسي وذلك بالتحويل من قبل الآباء أو المدرسين أو الطبيب.

وتهدف تلك العملية إلى تحديد مظاهر صعوبات التعلم والتعرف على أسبابها، ومن ثم وضع برامج العلاج المناسبة لها.

وتتبع الخطوات التالية في القياس والتشخيص:

١ ـ إعداد تقرير عن **حالة الطفل العقلية**، من خلال اختبارات الذكاء المعروفة. من خلال التباين بين التحصيل الأكاديمي المتوقع والحالي.

٢ ـ إعداد تقرير عن مهارات الطفل في القراءة والكتابة ويتم ذلك من خلال الملاحظات المنظمة لمهارات القراءة والكتابة.

٣ ـ إعداد تقرير عن عملية التعلم لدى الطفل، وخاصة جوانب القوة في تعلمه وكذلك الضعف، ويمكن الحصول على معلومات عن تلك الجوانب بواسطة المقاييس المسحية السريعة أو بواسطة المقاييس المقننة.

٤ ـ البحث عن أسباب صعوبة تعلم الطفل، ومن الأسباب الممكنة ـ دراسة العوامل الفيزيولوجية والانفعالية والنفسية والبيئية. ويمكن الحصول على المعلومات

الخاصة لتلك الحالة بواسطة طرق الملاحظة غير المقصودة ودراسة الحالة والمقاييس المقننة.

٥ ـ وضع الفرضيات التشخيصية المناسبة، على ضوء ما ثم من معلومات، جمعت لهذا الغرض.

٦ ـ وضع خطة تدريسية على ضوء الفرضيات التشخيصية، بمعنى تحديد الأهداف التعليمية والمواد التعليمية المناسبة وطرق تدريسها (Learner 1976)[١].

أدوات قياس صعوبات التعلم وتشخيصها:

تصنف أدوات القياس على النحو الآتي:

١ ـ أدوات خاصة بالمقابلة ودراسة تاريخ الحالة.

٢ ـ أدوات خاصة بالاختبارات المسحية السريعة.

٣ ـ الأدوات الخاصة بالاختبارات المقننة.

وصف الأدوات:

أولاً ـ طريقة دراسة الحالة:

من الطرق الهامة والأولية في التعرف على مظاهر صعوبات التعلم، طريقة دراسة الحالة، والتي توفر إلى الأخصائي معلومات هامة عن نمو الطفل ـ مراحل العمر والميلاد، الوقت التي ظهرت فيه مظاهر النمو الرئيسية ـ الحركية مثل الجلوس والوقوف، والتدريب على مهارات الحياة اليومية، والأمراض التي تعرض لها الطفل.

وهناك أسئلة معروفة متعلقة بدراسة الحالة أشارت إليها ليرنر (Learner 1976) كما يلي:

١ ـ أسئلة متعلقة بخلفية الطفل العامة وحالته الصحية.

٢ ـ أسئلة متعلقة بنمو الطفل الجسمي.

٣ ـ أسئلة متعلقة بالأنشطة الحالية للطفل.

٤ ـ أسئلة متعلقة بالنمو التربوي للطفل.

٥ ـ أسئلة متعلقة بالنمو الاجتماعي والشخصي.

---

(١) أنظر، فاروق الروسان مرجع سابق ص ١٧٤١.

ثانياً: الملاحظة الإكلينيكية:

وتستخدم الملاحظة الإكلينيكية للتعرف على المشكلات اللغوية، والمشكلات المتعلقة بالمهارات السمعية أو البصرية. ومن المظاهر الرئيسية لحالات التعلم والتي تم التوصل إليها بالملاحظة الإكلينيكية ما يلي:

أ ـ مظاهر الإدراك السمعي: والتي تتضمن القدرة على اتباع التعليمات اللفظية، والقدرة على استيعاب الحوار الصفي، والقدرة على التذكر السمعي.

ب ـ مظاهر اللغة المنطوقة: وتتضمن القدرة على التعبير اللفظي الصحيح، والقدرة على النطق، والقدرة على تذكر الكلمات، والقدرة على تكوين الأفكار.

جـ ـ مظاهر التعرف على محيط الطفل:

وتتضمن القدرة على الاستفادة من الظروف البيئية المحيطة بالطفل، والقدرة على إدراك العلاقات بين الأشياء، والقدرة على اتباع التعليمات.

د ـ مظاهر الخصائص السلوكية:

وتتضمن من قدرة الطفل على التعاون، والانتباه والإدراك والتمييز، والتوافق الاجتماعي، وتحمل المسؤولية.

ثالثاً: الاختبارات المسحية السريعة:

وتهدف تلك الاختبارات إلى التعرف السريع إلى مشكلات الطفل المتعلقة بصعوبات التعلم وهي:

أ ـ اختبار القراءة المسحي:

وبواسطته يتم التعرف على مهارات القراءة ومستوياتها، وأنواع الأخطاء القرائية، وطرق مواجهة الطفل لها.

ب ـ اختبار التمييز القرائي:

ويهدف إلى التعرف على قدرة الطفل على التمييز بين بعض المفردات المنتقاة من كتب الصف الثالث والرابع الابتدائي، وتتضمن العملية كيفية استجابة الطفل للطرق المختلفة في تعلم القراءة، وخاصة الطرق التي تعتمد على الاتصال البصري والسمعي واللفظي.

جـ ـ اختبارات القدرة العددية:

وتهدف هذه الاختبارات التعرف إلى مدى قدرة الطفل في التعامل مع الأرقام، وخاصة العمليات الأساسية الأربعة (الضرب والجمع والطرح والقسمة).

رابعاً: الاختبارات المقننة:

وتهدف هذه الاختبارات تقييماً لمستوى الأداء الحالي لمظاهر صعوبات التعلم، كما تحدد البرنامج العلاجي المناسب لجوانب الضعف التي تم تقييمها. وهي:

أ ـ اختبارات القدرة العقلية:

وتهدف إلى قياس القدرة العقلية العامة: مثل مقياس ستانفورد بينيه. أو وكسلر، وتهدف إلى تحديد مدى الكفاية العقلية للطفل. فإذا أثبتت اختبارات الذكاء أن القدرة العقلية للطفل تقع ضمن حدود الاعتدال، أي ما بين نسبة ذكاء ٨٥ ـ ١١٥ ـ أي حدود المتوسط وأظهر الطفل في الوقت نفسه قصوراً واضحاً في التحصيل الأكاديمي. فإن ذلك يكون مؤشراً أولياً على وجود حالة من حالات صعوبات التعلم.

ب ـ اختبارات التكيف الاجتماعي:

وتهدف التعرف إلى مظاهر النمو والتكيف الاجتماعي للطفل. وذلك للكشف عن المظاهر السلبية في تكيفه الاجتماعي.

ومن الأمثلة على ذلك: اختبارات فينلاند للنضج الاجتماعي.

واختبارات الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي والخاص بالسلوك التكيفي.

جـ ـ اختبار الينوي للقدرات السيكولغوية.

ويعتبر هذا الاختبار من الاختبارات المعروفة في ميدان صعوبات التعلم، ويستخدم في قياس المظاهر المختلفة لصعوبات التعلم وتشخيصها.

وقد صمم هذا الاختبار من قبل كيرك وآخرين للفئات العمرية من ٢ ـ ١٠ سنوات.

ويكون هذا المقياس من ١٢ اختباراً فرعياً[١].

---

(١) الروسان، ص ١٧٩.

اختبار مايكل بُست للتعرف إلى الطلبة ذوي صعوبات التعلم:

لقد أعد مايكل بست (Mykle Bust (1969 هذا الاختبار وسماه: اختبار تقييم الطالب (Pupile Rating Scale).

ويتكون الاختبار من ٢٤ فقرة موزعة على خمسة أبعاد وهي:

١ ـ الاستيعاب.

٢ ـ اللغة.

٣ ـ المعرفة العامة.

٤ ـ التناسق الحركي.

٥ ـ السلوك الشخصي والاجتماعي.

طرق حساب التباين بين التحصيل الأكاديمي المتوقع والحالي للأطفال ذوي صعوبات التعلم:

من الصعوبة بمكان قياس التباين بين التحصيل الأكاديمي الحالي للطفل وبين التحصيل الأكاديمي المتوقع منه.

ومع هذه الصعوبات فقد ظهرت بعض الطرق التي تقيس هذا التباين.

وقد أجملها ليرنر (Learner, 1976) في الآتي:

١ ـ طريقة العمر العقلي الصفي:

وتعتبر هذه الطريقة من أبسط الطرق في حساب مدى التباين بين قدرة الطفل المتوقعة على القراءة وبين قدرته الحالية على القراءة.

وتستخدم هذه الطريقة العمر العقلي الحالي للطفل مطروحاً منه ٥ سنوات عقلية.

فستكون المعادلة كالتالي:

صف القراءة المتوقع = العمر العقلي ـ ٥ أَمثال:

عمر سالم الزمني عشر سنوات، ونسبة ذكائه ١٢٠، فباستخدام المعادلة السابقة

يصبح صف القراءة المتوقع هو صف الأول الإعدادي ٧ = ١٢ ـ ٥.

فإذا كان الطفل يدرس في الصف الرابع مثلاً:

فإن مدى التباين يكون ٣ سنوات.

٧ - ٤ = ٣ سنوات الفرق.

ملحوظة:

العمر العقلي = نسبة الذكاء ÷ العمر الزمني أي = $\frac{١٢٠}{١٠}$ =١٢

٢ ـ طريقة عدد السنوات التي أمضاها الطفل في المدرسة:

في هذه الطريقة يحسب صف القراءة المتوقع بالمعادلة الآتية:

صف القراءة المتوقع = عدد السنوات التي أمضاها الطفل في المدرسة × نسبة الذكاء + ١.

مثال: عمر سالم ١٢ سنة، وهو الآن في الصف الخامس الابتدائي، أي أنه أمضى أربع سنوات ونصف، ونسبة الذكاء ١٢٠، كان صف القراءة المتوقع منه هو:

٤,٥ × ١٢٠ ÷ ١٠٠ + ١ = ٦,٤

ومعنى ذلك أن صف القراءة المتوقع من سالم هو الصف السادس الابتدائي.

وأن سالم يدرس في مستوى الصف الخامس الابتدائي فإن ذلك يعني أن مدى التباين هو ٤ و١ سنة.

ملاحظة:

لقد تداركت تلك الطريقة ما أغفلته طريقة العمر العقلي الصفي السابقة.

طريقة نسبة التعلم:

لقد اقترح مايكل بُست (Mykle Bust (1968 طريقة أخرى لحساب نسبة التباين، وذلك باستخدام طريقة نسبة التعلم، هذه الطريقة خلاف طريقته الأولى ـ التي أعدها للتعرف على الطلبة ذوي صعوبات التعلم.

وهذه الطريقة تعتمد على ثلاثة متغيرات هي:

العمر العقلي والعمر الزمني والعمر الصفي.

وبذا يحسب عمر القراءة المتوقع بالطريقة الآتية:

عمر القراءة المتوقع = العمر العقلي + العمر الزمني + العمر الصفي ÷ ٣.

أما نسبة التعلم فتحسب على أساس النسبة بين مستوى التحصيل الأكاديمي الحالي (العمر الصفي) ومستوى التحصيل الأكاديمي المتوقع، مضافاً إليه (٢ و٥) سنة وبذلك باستخدام المعادلة التالية:

نسبة التعلم = مستوى التحصيل الأكاديمي + مستوى التحصيل المتوقع × ١٠٠.

فإذا كانت نسبة التعلم أقل من ٨٩ فإن ذلك يعتبر مؤشراً على وجود حالة من حالات العجز عن التعلم.

مثال: عمر سالم ١٠ سنوات، وهو في الصف الخامس الابتدائي، ذكاؤه ١٢٠، ودرجة تحصيله الأكاديمي ٤٠، وهذا يعني أن عمره التحصيلي الحالي ٢ و٩ (٤,٠ + ٥,٢) = ٩,٢ فإن نسبة التعليم هي ٩,٢ ÷ ١٠,٩ = ٠,٨٤.

كيفة حساب مستوى التحصيلي الأكاديمي المتوقع بالمعادلة:

(١٢ + ١٠ + ١٠,٧) ÷ ٣ = ١٠,٩

عمره العقلي + عمره الزمني + عمره الصّفي ÷ ٣ = ١٠,٩

المطلب السابع

١ ـ الاعتبارات التربوية لذوي صعوبات التعلم:

ويقصد بالاعتبارات طرق تنظيم برامج الأطفال ذوي صعوبات التعلم، ومن هذه الطرق ما يلي:

١ ـ مراكز التربية الخاصة.

٢ ـ الصفوف الخاصة، في المدرسة العادية.

٣ ـ دمج الأطفال ذوي صعوبات التعلم في الصفوف العادية في المدرسة العادية.

مهما كانت تلك البرامج، فإن إعداد البرامج التربوية الفردية هي الأساس في تلك البرامج، وخاصة إذا ما بنيت على أساس ما يسمى التدريس العلاجي.

التدريس العلاجي: Remedial Teatching:

يدل هذا التدريس على نوعية البرامج التربوية لحالات صعوبة التعلم.

وتشير ليرنر (Learner. 1967) إلى خمس خطوات رئيسية في البرنامج التربوي

لذوي صعوبات التعلم وهي:

١ ـ قياس مظاهر صعوبات التعلم وتشجيعها.

٢ ـ تخطيط البرنامج التربوي (صياغة الأهداف وطرق تنفيذها).

٣ ـ تطبيق البرنامج التربوي.

٤ ـ تقييم البرنامج التربوي.

٥ ـ تعديل البرنامج التربوي على ضوء نتائج عملية التقييم.

لا بد لمدرسي صعوبات التعلم أن يتحكموا في عدة عوامل لتساهم في إنجاح البرنامج وهي:

أ ـ التحكم بالوضع الفيزيائي لحجرة الدراسة.

ب ـ التحكم في الوقت الذي يستغرقه البرنامج.

جـ ـ تحديد عدد المهمات المطلوبة من الطفل.

د ـ تحديد مستوى صعوبة تلك المهمات.

هـ ـ طرق الاتصال بين المدرس والطفل.

و ـ تحديد العلاقة الشخصية اللازمة بين كل من المدرس والطفل.

تحليل المهمات:

تحليل المهمات أسلوب رئيسي في التدريس العلاجي، إذ تحلل المهمة التعليمية إلى عدد من الخطوات الفرعية وهي:

١ ـ تحديد طرق الاتصال الإدراكية لاستقبال المهمة التعليمية والتعبير عنها، فهل هذه الطرق سمعية أم بصرية أم حسِّية.

٢ ـ تحديد النظام الحسِّي الإدراكي اللازم للتعبير عن تلك المهمة، فهل تحتاج هذه المهمة إلى حاسة واحدة أو أكثر للتعبير عن تلك المهمة.

٣ ـ تحديد طبيعة المهمة التعليمية، فهل هي لفظية أم غير لفظية.

٤ ـ تحديد طبيعة المهمة التعليمية الاجتماعية.

٥ ـ تحديد طبيعة العمليات العقلية اللازمة للتعبير عن المهمة التعليمية.

٢ ـ من حيث البرامج:

يقترح هلهان ووليس ١٩٧٨ م ثلاثة أنواع (Hallahan 1981 & Wallace 1978).

من البرامج التربوية للتدريب العلاجي لأطفال صعوبات التعلم وهي:

١ - برنامج التدريب على العمليات النفسية الأساسية مثل القراءة أو الكتابة، ويعتمد هذا البرنامج على تعليم المهارات البصرية الحركية وتعليم المهارات الحسية الحركية.

٢ - برنامج التدريب لعدد من الحواس، ويعتمد هذا البرنامج على تدريب الحواس وربطها معاً.

٣ - برنامج التدريب للأطفال ذوي النشاط الزائد ويعتمد هذا البرنامج على تخفيض عدد من المثيرات الخارجية للأطفال ذوي النشاط الزائد.

٤ - برنامج التدريب المعرفي، ويعتمد هذا البرنامج على تقديم نماذج تعليمية حسية للطفل الذي يعاني من مظهر أو أكثر من مظاهر صعوبات التعليم.

ومما يؤكد أهمية التعليم الحسي المعرفي، والذي يمكن توظيف أكبر عدد من الحواس في عملية التعلم أهمية ظهور الأفلام التعليمية.

ومن أحد مجالات الخلاف في التربية الخاصة هو:

ما المكان المناسب للطفل المعاق، وهل ينبغي وضعه في مدرسة خاصة، أو مدرسة عادية أو في مركز فيه تسهيلات خاصة؟

ومن وجهة نظر الأهل وأولياء الأمور فإنهم يريدون لأطفالهم أفضل وضع، وكذلك المؤسسات الاجتماعية ومؤسسات التربية الخاصة ترغب في منح الطفل المعاق القسط الأوفر من حقه في الحياة.

ويبقى السؤال: كيف لولي الأمر أن يحصل على المساعدة والخدمة المناسبة لطفله المعاق؟.

وللإجابة عن هذا السؤال لا بد أن نبين بعض البدائل المناسبة وأوضاعها التعليمية.

من أهم هذه البدائل والاتجاهات التربوية الحديثة.

مدرسة الإقامة الكاملة، مدارس التربية الخاصة النهارية، والصفوف الخاصة في

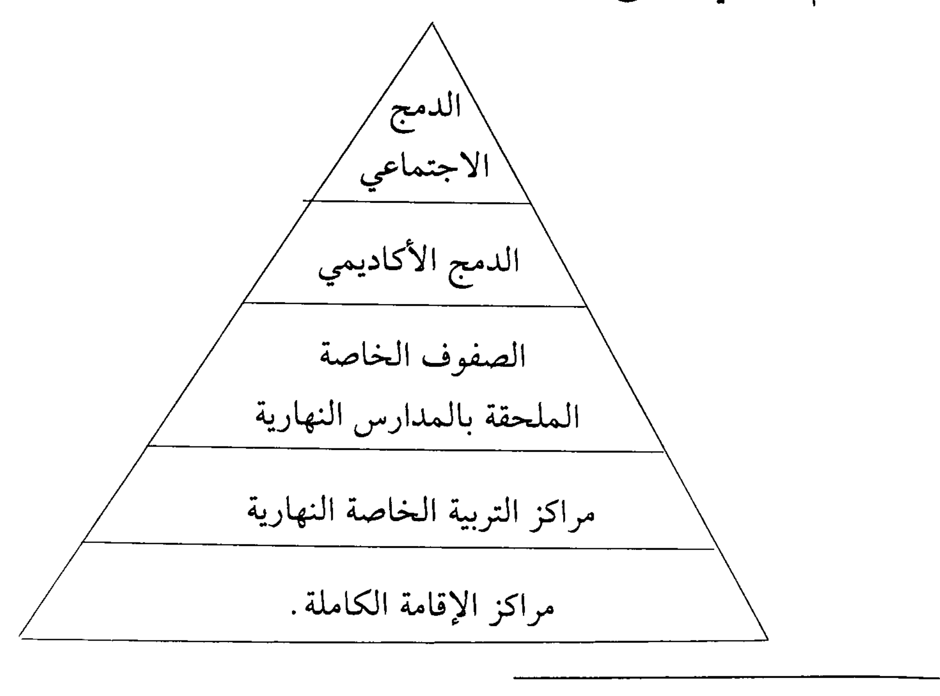
المدرسة العادية، والدوام الجزئي في الفصل العادي، والفصل العادي ذو الخدمة التعليمية المساعدة.. الخ.

ولقد أدى النقص الفادح في خدمات التربية الخاصة على مستوى العالم إلى إعادة النظر في الاستراتيجيات التربوية والبحث عن بدائل مختلفة في هذا المجال، مع القناعة بأنه لا يمكن تعميم خدمات التربية الخاصة وإيصالها لمحتاجيها من خلال مراكز ومؤسسات التربية الخاصة التقليدية.

وبدأت المطالبة بأن تقوم المدرسة العادية بتطوير مناهجها وأساليبها مما يتيح لذوي الاحتياجات الخاصة تلقي تعليمهم في إطارها، على أن تتولى مراكز التربية الخاصة مسؤوليتها في تقديم برامج التعليم الخاص.

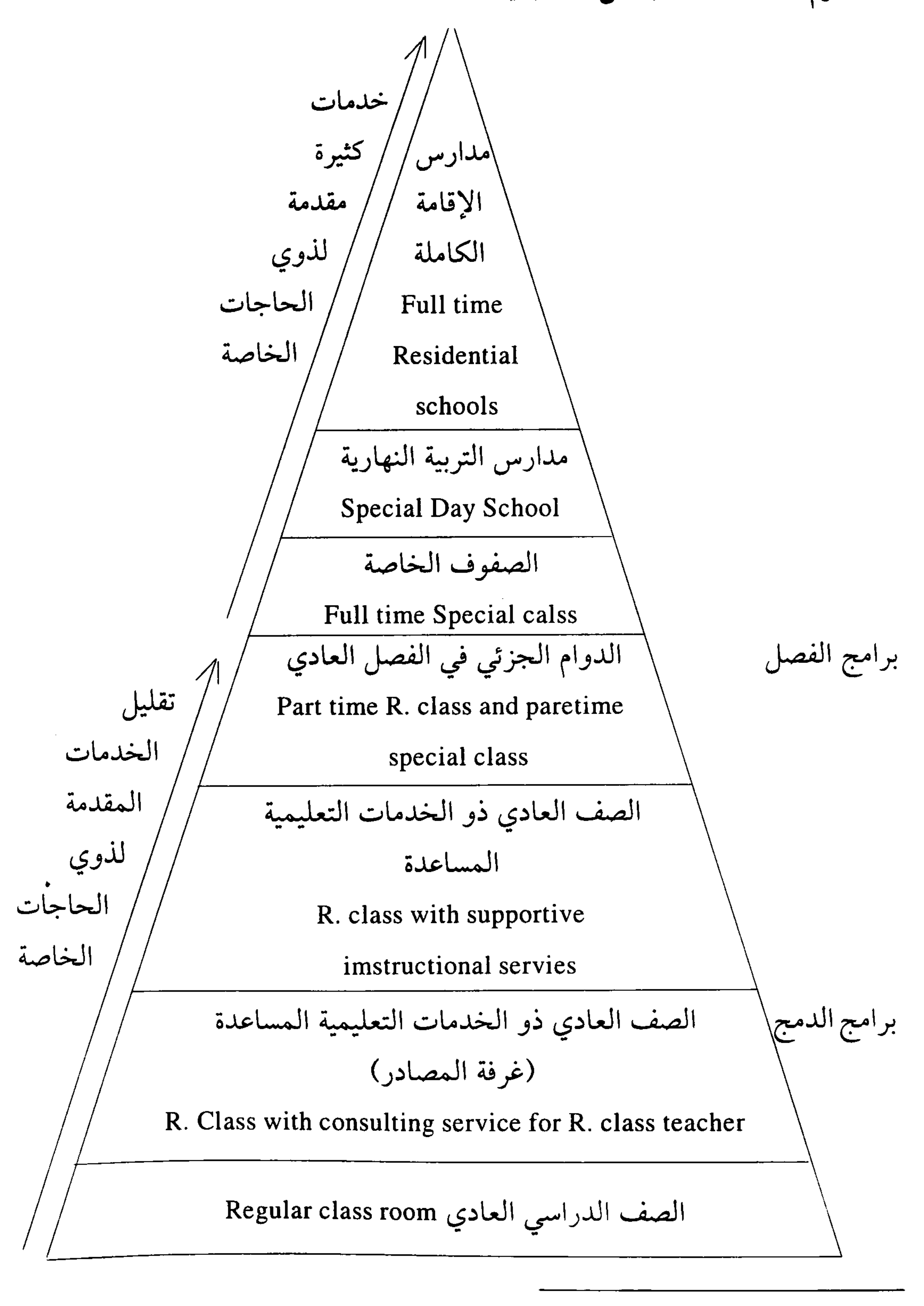
كما أن برامج التعليم الخاص تتفاوت في اتجاهاتها التي تقدمها للطلاب غير العاديين.

١ ـ التنظيم الهرمي لبرامج التربية الخاصة[١]:



(١) خلف الله، ص ١٠، ١٩٩٦.

٢ ـ هرم الخدمات والبدائل التعليمية[١]:



(١) Carturight and Ward, 1989, P. 35.

فبعض البرامج تتيح للطلاب قضاء يومهم المدرسي الكامل في غرفة الصف العادي (الأقل تقيداً)، وبرامج أخرى تستبعد الطلاب عن أي اختلاط مع أقرانهم في الفصول العادية وهي البرامج (الأكثر تقيداً)، والبرامج الأخرى تقع بين هذين الطرفين، وكل نوع من البرامج مخصص لخدمة نوع معين من الطلاب غير العاديين بشكل محدد من الاحتياجات التعليمية (Lewis and Doorlag 1987 - p 31).

(البيئة الأكثر تقيداً) وتتصف ب:

١ ـ وضع الطلاب ذوي الإعاقات في مناهج منتظمة بدون استعداد أو مساعدة مناسبة.

٢ ـ إقامة فصول تعليمية خاصة في أجنحة منفصلة.

٣ ـ تجمع الطلاب ذوي الإعاقات المختلفة والاحتياجات المتفاوتة في البرنامج نفسه.

٤ ـ تجاهل حاجات الطلاب الفردية.

٥ ـ توجيه أوامر غير واضحة للمعلمين الخاصين مما يشتتهم.

٦ ـ إغفال اهتمامات ومصالح أولياء الأمور.

٧ ـ عزل التلاميذ ذوي الإعاقات في مدارس خاصة.

٨ ـ وضع الطلاب المعاقين الكبار في مدارس الطلاب الصغار.

٩ ـ وضع مناهج منفصلة للتعليم الخاص والتعليم العادي (Yesseldyke and algo Zzune, 1990, P. 252).

أما البيئة الأقل تقيداً: فتتصف ب:

١ ـ تعليم الطلاب المعاقين في مدارس نظامية (عادية).

٢ ـ توفير الخدمات الخاصة في المدارس العادية.

٣ ـ مساعدة المعلمين وإرشادهم.

٤ ـ دراسة المعاقين المنهاج الدراسي للطلاب العاديين.

٥ ـ توزيع الطلاب المعاقين على أكبر عدد من الصفوف التعليمية والأنشطة الخارجية بما في ذلك الرياضة، والرحلات، الاجتماعات والندوات.

٦ ـ تمكن المعاقين من استخدام مرافق المدرسة من المكتبة والملعب،

والخدمات الأخرى على سبيل المساواة مع الطلاب الآخرين.

٧ ـ تشجيع إقامة العلاقات التعاونية وعلاقات الزمالة بين الطلاب العاديين والطلاب المعاقين.

٨ ـ تعليم الطلاب على تفهم وقبول الفروق الإنسانية الفردية.

٩ ـ النظر إلى اهتمامات الوالدين بجدية.

١٠ ـ تقديم مناهج وخطط تعليمية فردية مناسبة (Yesseldyke and Algozzine, 1990 p 252).

ومن المبادىء الأساسية للبيئة الأقل تقيداً، هو أن الأطفال المعاقين يتطورون بشكل أفضل. عندما تتاح لهم فرصة الاختلاط مع الطلاب العاديين. على خلاف الاعتقاد الآخر وهو مبدأ العزل.

علماً بأن أكثر من ٧٠٪ من الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة يقضون قدراً كبيراً من يومهم الدراسي في غرفة الصف العادي.

وعندما يحتاج الطلاب غير العاديين إلى مساعدة أكبر من التي تقدم في الصف الدراسي العادي يغادرون عادة الفصل خلال قسم من اليوم الدراسي للحصول على التوجيهات في غرفة المصادر التي يوجد فيها مدرس خاص.

ويمكن أن يكون ذلك بشكل فردي أو بشكل مجموعات صغيرة، والمحتوى الذي يدرس في غرفة الصف يحدد حسب احتياجات الطلاب.

أمّا الطلاب الذين يحتاجون إلى رعاية مكثفة، فيوضعون في فصل خاص ضمن المدرسة، وممكن أن يقضوا يومهم في هذا الفصل، ويشاركون في نشاطات الفصل العادي في حدود استطاعتهم.

شرح هرم برامج التربية الخاصة:

١ ـ مدارس الإقامة الكاملة:

Full time Residential Schools هذا النوع من البرامج يعتبر من أقدم البرامج، وكان منتشراً في النصف الأول من هذا القرن.

وتقدم هذه المراكز خدمات دوائية وصحية واجتماعية وتربوية، وغالباً ما تكون معزولة عن التجمعات السكانية، وتعتبر من أكثر الأماكن تقييداً لبعض الطلاب

وخاصة من ذوي الإعاقة البسيطة.

وتعتبر هذه المراكز هي الخيار الأفضل لبعض الطلاب ذوي الإعاقات الشديدة ذوي الطبيعة العدوانية، لتوفير الحماية لهم وللآخرين.

وقد وجهت عدة انتقادات لهذا النوع من المراكز ومن أهمها:

١ ـ عزل الأطفال المعاقين عن المجتمع وعن حياتهم الطبيعية.

٢ ـ تدني مستوى الخدمات الصحية والتربوية فيها قديماً.

أمّا حسناتها فمن أهمها:

١ ـ يمكن لهذه المراكز أن تركز الخدمات المتخصصة (علم النفس، علم الاجتماع، التربويين والأطباء) في مكان واحد ومساعدتهم للمعلمين لمواجهة الاحتياجات التعليمية للطلاب.

٢ ـ مدارس التربية الخاصة النهارية: Special Day school.

ظهرت هذه المدارس كرد فعل للانتقادات التي وجهت لمراكز الإقامة الكاملة.

يتلقى الطلاب الخدمات التربوية والصحية والاجتماعية على مدار نصف اليوم تقريباً، وغالباً ما يكون عمل هذه البرامج صباحاً وحتى بعد الظهر، أما باقي الوقت (فترة ما بعد الظهر) فيقضونها في منازلهم مع ذويهم.

ومن مزايا هذا النوع من المدارس ما يلي:

١ ـ توفر فرصاً تربوية لفئة معينة من الأطفال المعاقين.

٢ ـ تمكن الطفل من البقاء مع أسرته وفي الجو الطبيعي فترة كافية.

٣ ـ تقديم خدمات صحية وتربوية أفضل من الماضي إلاَّ أنه رغم هذه المزايا فقد وجهت بعض الانتقادات البسيطة منها:

١ ـ لا تناسب كل فئات التربية الخاصة وخاصة الإعاقات البسيطة.

٢ ـ قد تؤدي تلك الطريقة إلى حرمان الأطفال من التفاعل مع أقرانهم العاديين.

٣ ـ الصفوف الخاصة: Special Class and Regular class

تعتبر هذه المراكز من أكثر المراكز شيوعاً، لتعليم الأطفال ذوي الإعاقات

الخفيفة والمتوسطة.

هذه الفصول تتميز بدوام كامل داخل المدرسة العادية. يقضي معهم معلمي التربية الخاصة يومهم ويكونون مسؤولين عن جميع جوانب المنهاج التعليمي.

وقد ظهرت الصفوف الخاصة الملتحقة بالمدارس العادية نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى مراكز التربية الخاصة، وغالباً ما يكون عدد الأطفال المعاقين في الصف الخاص قليل، لا يتجاوز عشر طلاب[1].

مميزات هذه الصفوف:

١ ـ أن هذا البديل قريب من الجو المدرسي العام ـ أكاديمياً واجتماعياً، فيتم اتصالهم بأقرانهم العاديين في المدرسة أثناء الفسح ووقت الغداء، وأثناء الفترات بين العصر.

الانتقادات:

١ ـ مدى صعوبة الانتقال من الصفوف الخاصة إلى الصفوف العادية.

٢ ـ صعوبة تحديد المواد المشتركة بين الطلبة العاديين والمعاقين والمواد غير المشتركة.

٤ ـ الدوام الجزئي في الفصل العادي: Part Time Regular class

يخصص هذا الفصل (فصل الدوام الجزئي للطلاب الذين لديهم مشاكل خاصة ولكنهم يستطيعون الاستفادة من عدد من الخدمات التعليمية الأساسية.

مثل: الطلاب الذين يعانون من ضعف البصر، يمكنهم قضاء أغلب اليوم في الفصول النظامية ـ العادية إلى جانب قضاء جزء من الجزء الأساسي من الفصل الخاص، سيكرس لنشاطات أخرى، مثل التدريب على القراءة بطريقة بريل (Braile) والاستفادة من أدوات القراءة مثل (Optacon)، وفي التدريب على التنقل والحركة، (مهارات مطلوبة للتحرك في المنزل والمدرسة والحي).

وكذلك الطلاب ذوي الإعاقات الخفيفة يمكن أن يلتحقوا بنشاطات عادية مع

(١) الروسان، ١٩٨٩، ص ٣٤.

أقرانهم العاديين، ولكنه بعد ذلك يذهبوا إلى فصل خاص ليتلقوا تعليمهم الأكاديمي(١).

٥ ـ الفصل (النظامي) العادي ذو الخدمات التعليمية المساعدة:

Rezular class witir Supportive Instractaral services

في هذا البديل يبقى الطفل المعاق في الصف العادي، ويتلقى خدمات أخرى عن طريق غرفة المصادر أو المتعلم المتنقل... فعن غرفة المصادر. فقد انتشر مفهومها خلال الستينات ويعتبر ضم البدائل المتعلقة بالخدمات التربوية للطلاب غير العاديين، وفيها يقدم التعليم الخاص للطلاب غير العاديين في أماكن معينة خارج غرفة الصف العادي.

وفي هذا الحال يستمر الطلاب في قضاء أغلب يومهم في غرفة الفصل العادي ثم ينتقلون إلى غرفة المصادر الموجودة في المدرسة العادية حسب جدول يومي منظم (عدة أيام في الأسبوع).

كما يقدم معلم غرفة المصادر إرشادات خاصة إلى معلم الصف العادي لمساعدته في التعامل مع الطلاب العاديين، الذين لا يخرجون من الصف العادي.

وغالباً ما تقدم الخدمات للطلاب الذين يعانون من صعوبات أكاديمية، مثل خدمات في مادة القراءة، والرياضيات، ومساعدتهم في حل الواجبات.

وتستخدم غرفة المصادر: من قبل الأشخاص ضعاف البصر أو السمع، والمعاقين حركياً وذوي الإعاقات العقلية.

وعلى العموم فإن غرفة المصادر تستخدم للمساعدة الأكاديمية، وتكن في بعض الحالات تنفساً للطلاب لكي يستريحوا فيها من التوتر الذي قد تراكم لديهم أثناء النهار.

ويستطيعون العمل في مجموعات صغيرة، أو على أسس فردية مع المعلم

---

(١) (Lartwright and Ward, 1989, p 40).

الخاص أو المساعد، وكما نعلم أن نوع الإعاقة هو الذي يحدد الخدمة المقدمة للطالب كماً ونوعاً[١].

ولا بد أن نشير إلى دور المعلم المتنقل من مدرسة إلى أخرى، في تقديم الخدمات.

من الممكن أن يستمر الطالب ذو الحاجة الخاصة في فصله العادي ويخرج يومياً إلى غرفة المصادر لتلقي خدمات المعلم المتنقل، مثل التدريب على النطق والكلام، والصعوبات التعليمية الأخرى.

ويمكن أن يتم عمل المعلم المتنقل بطريقتين هما:

١ ـ أن يحضر إلى الفصل ويقدم خدماته للطلاب غير العاديين، ويمكن أن يقدم خدماته إلى كل الطلاب دون أن يحدد من هو عادي أو غير عادي، ويتم ذلك بتنظيم مجموعات صغيرة.

٢ ـ أن يعمل المعلمون الخاصون في المدرسة العادية مع المعلم، وذلك بإعداد القرارات مسبقاً، قبل استخدامها في الدرس. وكذلك إعطاء الطلاب تعليم مسبق مثل دخول الصف العادي.

والهدف من التعليم المسبق هو إعطاء الطلاب وقتاً إضافياً وفرصة ليتعلموا مادة جديدة قبل عرضها في الصف بمعنى أنه سيكون هنا تعاون مزدوج بين معلم الصف والمعلم المتنقل[٢].

٦ ـ الفصل العادي والمشورة المقدمة للمعلم:

Regular class with consultation to Teacher

في هذا البديل يقضي الطالب غير العادي جميع يومه الدراسي في غرفة الصف العادي، ولا يتلقى خدمات تعليمية خاصة بشكل مباشر.

---

(١) (Lewis and Dooclug, 1987, p 36).

(٢) (Ysseldyke and (Algozzine, 1990, p 262).

لكن معلم الفصل النظامي (العادي) هو الذي يتلقى الخدمات بوجه خاص، حيث تقدم له المشورة المتعلقة باحتياجات الطلاب غير العاديين المسجلين في فصله. ويتم ذلك بمساعدته على تحديد الأساليب التعليمية وتغيير مناخ غرفة الصف.

أشكال الاستشارات التعليمية:

١ - **دور خبير علم النفس**: يمكن أن يساعد المعلم في وضع وتطبيق برنامج سلوكي للطلاب الذين يعانون من مشاكل سلوكية.

٢ - **دور المعلم المتنقل**: يقدم إلى المعلم الذي لديه طلاب معاقين بصرياً - نسخاً مطبوعة بطريقة بريل.

٣ - **ودور معلم غرفة المصادر**: يمكن أن يكون في مساعدة المعلم على تعديل برنامج القراءة أو الرياضيات للطلاب المعاقين في الفصل.

من المفروض أن يكون هؤلاء الأخصائيون على درجة كبيرة من الخبرة في أوضاع التعليم العادي والتعليم الخاص، وهم على معرفة تامة باحتياجات المعلم العادي والطلاب غير العاديين.

وبما أن المعلم العادي هو الذي يتحمل المسؤولية الرئيسية في تعلم الطالب غير العادي، فإن مهمة المعلم الخاص هي تسهيل مهمته وتقديم يد العون له للنجاح في عمله[١].

٧ - الفصل الدراسي العادي: Regular Class room

الدمج في الفصل الدراسي العادي هو البديل الأقل تقيداً لتعليم الطلاب في غرفة الصف الدراسي، ومن خلال هذا الدمج يحصل الطلاب المعاقين على بعض الخدمات الخاصة مثل الخدمات الصحية والتدريبية. والهدف من وضع هؤلاء الطلاب في الصف العادي هو تقديم برامج تعليمية مناسبة لهم لتساعدهم على تطوير المهارات الضرورية، ومن أهمها المهارات الاجتماعية.

---

(١) (Lewis and Doorlay, 1987, p 34).

الدَّمج: Mainstreaming

ظهر هذا الاتجاه في برامج التربية الخاصة للمعاقين نتيجة للانتقادات التي وجهت لبرامج الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية، وللاتجاهات الإيجابية نحو مشاركة الطلبة المعاقين في الصف الدراسي.

ويشير الدّمج بمعناه الشامل إلى مجموعة الإجراءات والممارسات التي تزيد من فرص الفرد للمشاركة القصوى في الحياة الثقافية والاجتماعية[1] ويشير كوفمان ورفقاؤه (Kuffman) في تعريف الدمج التعليمي والاجتماعي المؤقت للأطفال ذوي الحاجات الخاصة مع نظرائهم العاديين بالاعتماد على التخطيط التعليمي الفردي المتطور والبرمجة، كما يتطلب الدمج توضيح مهام ومسؤوليات معلمي التربية الخاصة (Male millan).

ويشير هيجارتي وآخرون إلى أن الدمج هو: تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العامة، بحيث يتم تزويدهم ببيئة طبيعية، حيث يتلقون التعليم مع اقرانهم غير المعاقين، بحيث يتحررون من عزلتهم عن المجتمع التي تتمثل وجودهم بمدارس خاصة[2].

أشكال الدمج:

هناك أشكال أساسية للدمج فيها:

١ ـ الدمج المكاني.

٢ ـ الدمج الاجتماعي.

٣ ـ الدمج الوظيفي.

شرح أشكال الدمج:

١ ـ الدمج المكاني: Locational Integration

أي أن تشترك المدرسة الخاصة مع المدرسة العامة في البناء المدرسي.

---

(١) مجلة التربية الجديدة، ١٩٩٤، ص ١٠٣.

(٢) وائل مسعود، ١٩٨٤، ص ٨.

٢ ـ الدمج الاجتماعي: Social Integrational

أي أن يشترك الطلاب الذين يلحقون بالصفوف الخاصة مع الأطفال الذين يدرسون في المدرسة العادية في الأنشطة المختلفة كاللعب والرحلات، وحصص الفن والأنشطة الاجتماعية الأخرى.

٣ ـ الدمج الوظيفي: Functienal Integration

يتم ذلك بعد إتمام الشكلين السابقين، بحيث يتم هنا دمج الأطفال غير المعاقين وتحت نفس المنهاج والبرنامج الدراسي سواء كل الوقت أو بعضه مع الأطفال المعاقين في نفس المكان مسعود ١٩٨٤ ص ٨.

وقد أوصى (كيرك Kirk ١٩٩٤) إلى وضع الطفل المعاق في أقل الفئات التربوية تقيداً ويقصد وضعه في المدرسة العادية.

ويتضمن هذا الاتجاه الجديد في تعليم الأطفال المعاقين ثلاث مراحل رئيسية وهي:

١ ـ مرحلة التطبع أو التجانس: وهي إيجاد بيئة تعليمية واجتماعية في حدود المستطاع للأطفال المعاقين صغاراً وكباراً بين الطلبة العاديين.

٢ ـ مرحلة تخطيط البرامج التربوية لكل من الطلبة المعاقين والعاديين لإخراج الأطفال المعاقين من عزلتهم.

٣ ـ دفع الأطفال غير العاديين للاحتكاك بالأطفال العاديين في الحياة اليومية في المؤسسات التعليمية وتحديد المسؤوليات الملقاة على عاتق أطراف العملية التعليمية[١].

وعلى أي حال فإننا نستطيع القول بأن: تقرير دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية يعود إلى حالة الإعاقة، أو تقرير حجم الاحتياجات الخاصة للطفل.

فكلما كانت الاحتياجات في الصعوبة والشدة، كلما احتاج ذلك إلى برامج

---

(١) (Kirk, 1993).

متخصصة ودقيقة وتقدم بصورة فردية، وتحتاج إلى معلم ذا كفاءة متخصصة في مدارس خاصة بهذه الفئة.

مزايا أو إيجابيات:

حسنات الدمج كثيرة منها ما يلي:

١ ـ التقليل من الفروق الاجتماعية والنفسية بين الأطفال أنفسهم.

٢ ـ تخليص الطفل وأسرته من الوصمة التي يمكن أن يخلفها وجوده في المدارس الخاصة.

٣ ـ إعطاء الطفل فرصة أفضل ومناخاً أكثر تناسباً، لينمو نمواً أكاديمياً واجتماعياً ونفسياً سليماً.

٤ ـ تحقيق الذات عند الطفل المعاق وزيادة واقعيته نحو التعلم، ونحو تكوين علاقات اجتماعية سليمة مع الغير.

٥ ـ تعديل اتجاهات الناس وتوقعاتهم نحو الطفل المعاق من السلبية إلى الإيجابية.

٦ ـ تعديل اتجاهات الأسرة وتوقعاتها وكذلك المعلمين نحو الطفل المعاق.

٧ ـ من الناحية الاقتصادية: فإن دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدرسة العادية يكون أقل تكلفة مما لو وضعوا في مدارس خاصة.

٨ ـ هذا بالإضافة إلى أن الدمج تحقق توسيع قاعدة الخدمات لتشمل أعداداً كبيرة من الأطفال في المجتمع.

سلبيات الدمج:

لا شك أن للدمج سلبيات يمكن أن تظهر فيما يلي:

١ ـ قد يكون للدمج أثر سلبي: هو زيادة الهوة بين الأطفال المعاقين وغيرهم من الأطفال العاديين، وخاصة إذا ما اعتبرنا أن التحصيل الأكاديمي هو المقياس الوحيد لنجاح فكرة الدمج.

٢ ـ إن دمج الأطفال المعاقين في المدارس العامة قد يحرمهم من الاهتمام الفردي والوسائل التعليمية الفردية التي يمكن أن تتوفر في المدارس الخاصة.

٣ ـ قد يدعم الدمج فكرة الفشل عند الطفل، وبالتالي تقليل الواقعية وتدعيم المفهوم السلبي للذات. بينما وجوده في مدرسة خاصة وسط أطفال نفس الفئة قد لا يؤدي إلى هذا الشعور، بل يزيد من شعوره بالأمن والاستقرار.

٤ ـ قد يساهم برنامج الدمج في زيادة عزلة الطفل المعاق عن المجتمع المدرسي، وخاصة عند فتح صفوف خاصة[١].

مبررات ودوافع الدمج:

١ ـ الأنظمة الرسمية والتشريعية.

٢ ـ الدوافع الفلسفية والاجتماعية.

٣ ـ مبادرة التربية العامة.

٤ ـ انخفاض الكلفة الاقتصادية عند تقديم خدمات تربوية ضمن النظام المدرسي العام.

٥ ـ انخفاض نسبة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة الذين تقدم لهم خدمات مقارنة بأعدادهم في المجتمع.

---

(١) مسعود، ١٩٨٤، ص ١٠.

شرح المبررات والدوافع:

١ ـ الأنظمة الرسمية والتشريعية:

لقد أفضت عدة مبادرات صادرة عن الولايات المتحدة وعن المجالس المدرسية إلى تبني القانون العام (١٤٢ ـ ٩٢ لسنة ١٩٧٥) (Bublic law 92 - 142 - 1975).

ويقضي هذا القانون بضمان تعليم المعاقين في البيئة الأقل تقيداً. (عمّار ١٩٨٨).

ومن الإعلانات العالمية ما صدر عام (١٩٧٥) عن الأمم المتحدة من وجوب احترام الكرامة الإنسانية للمعاقين وحماية حقوقهم الأساسية أسوة بأقرانهم في المجتمع بغض النظر عن مصدر أو طبيعة أو شدة إعاقتهم، وكذلك الإعلان العالمي حول (التربية للجميع) حيث تنص الفقرة (٥) من المادة (٣) على اتخاذ الخطوات اللازمة ملائمة كجزء من خدمات النظام التربوي العام (الصَّمادي ١٩٩٥).

وأشار الميثاق الأردني الذي صدر عام ١٩٩٠ إلى الاهتمام بتعليم المعاقين ودمجهم المبكر في نظام التربية والتعليم وتأهيلهم ليصبحوا عناصر منتجة في المجتمع. (الصمادي ١٩٩٥).

ونشير أخيراً إلى ما ورد عن مؤتمر (سالامنكا) الذي عقد في هذه المدينة الإسبانية عام ١٩٩٤، تحت شعار «المدرسة للجميع» حيث نص المؤتمر في توصياته على وجوب إتاحة الفرصة للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة الالتحاق بالمدرسة العادية التي يجب أن توفر الظروف المناسبة لهم.

ووصف المدارس العادية التي تتيح للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة الالتحاق بها، بأنها مدارس غير متحيزة ومرنة وتسمح بتلبية حاجات طلبتها وتحقق شعار التربية للجميع (الصَّمادي ١٩٩٥).

٢ ـ الدوافع الفلسفية والاجتماعية:

أشار تيرنبول وبلاتشر ديكسون (Turnball & Blacher - Dixon 1981) إلى أن للدمج المبكر ـ قبل المدرسة ـ آثاراً إيجابية واضحة على كل من الأطفال المعاقين والمعلمين والآباء، بحيث يزيد الدمج الاتصال الاجتماعي بالأطفال غير العاديين،

ويؤدي أيضاً إلى فهم الفروق الفردية وإدراك الآخرين، كما أنه يؤدي إلى فهم ذاتي أكثر إيجابية بالنسبة للمعاقين من خلال اندماجهم مع الأطفال غير المعاقين (٨٢ و Macmillan) ويعتبر الدمج إعداداً جيداً للأطفال لكي يتكيفوا ويسايروا الاتجاه السائد في المجتمع (Macmillan).

ويرجع دعم الآباء للدمج إلى اعتقادهم بأن الدمج يؤدي إلى فوائد اجتماعية لهم ولأبنائهم، وبأن أطفالهم سوف يقومون بسلوكات طبيعية أكثر منها انحرافية (Macmillan, 82).

٣ ـ مبادرة التربية العامة:

استخدم مصطلح التربية العامة من قبل مادلين ويل (Madline Well) السكرتيرة المساعدة للتربية الخاصة في بحث لها عام ١٩٨٥، ويتضمن هذا المفهوم ضرورة تعليم عدد متزايد من الطلاب المعاقين في صفوف التربية العامة Yssldke & Algxine 1990).

ونادت ويل (Well) بالمشاركة بين معلمي التربية الخاصة والعامة للعمل مع بعضهم البعض لتقييم الاحتياجات التربوية للطلاب ذوي المشاكل التعليمية، ولتطوير الاستراتيجيات لمواجهة هذه الاحتياجات (Yssldyke - Algxine 1990).

٤ ـ انخفاض الكلفة الاقتصادية عند تقديم خدمات تربوية ضمن النظام المدرسي العام:

ويرجع هذا الانخفاض لما تحتاجه تلك المدارس الخاصة من أبنية ذات مواصفات خاصة وجهاز فني متخصص من العاملين، بالإضافة إلى الخدمات الأخرى، وأثبتت الدراسات أن تكلفة الطفل في المدرسة العادية أقل منها في المدرسة الخاصة (مسعود (١٩٨٤).

٥ ـ انخفاض نسبة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة الذين تقدم لهم خدمات، مقارنة بأعدادهم في المجتمع:

تشير الدراسات إلى أن ما نسبته ١٠٪ من الأفراد في المجتمع على الأقل بحاجة إلى خدمات تربوية خاصة.

في حين أن ما يقدم لهم من هذه الخدمات أقل من ٢٪، وتقدم لهم الخدمات في مراكز معزولة عن النظام المدرسي العام، وتزداد الحالة سوءاً في المجتمعات النامية مقارنة بالمجتمعات الصناعية المتقدمة (الصّمادي ١٩٩٠).

ويوجد الكثير من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مسجلين على قوائم الانتظار في مراكز ومؤسسات التربية الخاصة بسبب عدم استيعاب تلك المراكز أو المؤسسات لهم نتيجة لارتفاع الكلفة العالية لتأسيس وتشغيل مثل هذه المراكز (الصّمادي ١٩٩٠).

فئات الأطفال غير العاديين التي يمكن دمجها:

لا يعني مبدأ البيئة الأقل تقيداً، أنه لا بد من دمج جميع الأطفال المعاقين، ويعتقد البعض أنه لا بد من إلغاء الصفوف الخاصة ودمج جميع الأطفال المعاقين، ولكن من الواضح في الوقت الحاضر عدم استعداد النظام التعليمي العادي والمجتمع لتوفير الخدمات الضرورية واللازمة للمعاقين. وهذا يجعلنا بحاجة إلى الصفوف الخاصة (Macmillan, 82).

ولكي يكون الدمج نافعاً وملائماً للأطفال المعاقين لا بد من وضع معايير لتحديد الأطفال الذين سوف يستفيدون من عملية الدمج.

أشار فورنس (Forness, 1979) وغيره إلى أن اتخاذ قرار الدمج، يجب أن يعتمد على أسس فردية، واقترح ثمانية معايير، تساعد على اتخاذ القرار بشأن دمج الطفل غير العادي في الصفوف العادية، وهذه المعايير هي:

يجب دمج الطفل	الاحتياط الواجب أخذه بعين الاعتبار عند الدمج
١ـعندما يتم تحديد مشكلة الطفل مبكراً، وإذا كان صغير السن	١ـعندما يكون الطفل كبيراً، وإذا تأخر الكشف عن مشكلته
٢ـعندما تكون مشكلة الطفل بسيطة (Macmillan, 1982)	٢ـعندما تكون مشكلة الطفل معقدة وتؤثر على الجوانب الأخرى للطفل
٣ـعندما تكون لدى الطفل إعاقة واحدة	٣ـ عندما يكون الطفل متعدد الإعاقات
٤ـإذا لم تتطلب إعاقة الطفل توفر أجهزة معقدة	٤ـإذا تطلبت حالة الطفل توفر أجهزة معقدة، وتوفر مواد خاصة
٥ـإذا استطاع الطفل تكوين صداقات مع الأطفال العاديين	٥ـإذا لم يتمكن الطفل من إنشاء صداقات مع الأطفال العاديين
٦ـإذا كان عدد الطلاب في الصف من (٢٥ ـ ٣٠) طفلاً	٦ـإذا زاد طلاب الصف عن (٣٠) طفلاً
٧ـعندما يتوفر معلم ذو خبرة، ويكون مستعداً للتعامل مع مشكلة الطفل	٧ـعندما يكون معلم الطفل غير مستعد للتعامل مع مشكلة الطفل وليست لديه رغبة في ذلك
٨ـإذا كانت عائلة الطفل مستعدة وقادرة على التعامل بفعالية	٨ـإذا افتقدت عائلة الطفل إلى الدعم المكثف للتعامل مع المشكلة.

إجراء وتطبيقات مفهوم الدمج:

من أجل إنجاح عملية الدمج، فإن من الضروري إجراء بعض التعديلات على المواضيع ذات العلاقة بعملية الدمج وهي:

١ ـ **إعداد الموظفين**: (أعضاء هيئة التدريس) تبدو الحاجة إلى إعداد موظفين أكفاء للتعامل وتعليم الأطفال ذوي احتياجات الخاصة المدمجين في الصفوف العادية من أهم الإجراءات الواجب اتخاذها لإنجاح عملية الدمج.

٢ ـ **التصنيف**: (Classification) ونعني بذلك الحاجة إلى تجميع بعض الحالات في مسافات محددة أو صفوف تبعاً لاحتياجاتهم التربوية، ولكن يشترط أن تبقى هذه المجموعة مرنة بحيث تسمح للأطفال بالحركة داخل المجموعات الأخرى، حسبما تمليه الحاجة والضرورة إلى ذلك (Stainvack 1980).

٣ ـ **موظفو الخدمات المساعدة**: Support personnel يتمثل دور موظف الخدمات المساعدة في عملية الدمج في تقديم المساعدة للطالب المدمج في الصف العادي بناءً على طلب المدرس في حالة حدوث بعض الصعوبات والمشاكل.

٤ ـ **التحويل**: Funding يتم التحويل هنا على أساس الخدمة المقدمة للطلبة. بمعنى أن التحويل يقدم في برناج بناءً على فئة الإعاقة، وكلما كانت الإعاقة كبيرة كلما تطلب ذلك تحويلاً أكبر[١].

الشروط التي يجب مراعاتها في التخطيط لبرامج الدمج:

يعتبر الدمج من العمليات المعقدة، ويحتاج إلى دقة وحذر في التخطيط له.

وحتى يكون برنامج الدمج ناجحاً، يجب مراعاة النقاط التالية:

١ ـ يجب اختيار المدرسة العامة التي سيتم فيها الدمج اختياراً مسلياً.

ومن أهم الشروط فيها استعداد مدير المدرسة والمعلمين والعاملين معه للتعاون في إنجاح البرنامج.

٢ ـ الاختيار السليم للأطفال المعاقين المنوي إدماجهم، ومدى حاجاتهم للرعاية والاهتمام.

---

(١) (Stainbaek 1980).

٣ ـ اتباع نظام قياس جيد لقياس النمو في جوانبه المختلفة.

٤ ـ مشاركة أولياء الأمور في نجاح البرنامج ضروري جداً[١].

أ ـ أُسس يجب مراعاتها في اختيار الأطفال المعاقين:

من أهم الأسس ما يلي:

١ ـ أن يكون الطفل المعاق من نفس المرحلة العمرية للطلبة في المدرسة العاية.

٢ ـ أن يكون الطفل المعاق من سكان المنطقة التي تتواجد بها المدرسة العامة حتى يتجنب مشكلات المواصلات على الأقل.

٣ ـ ألا يكون لديه إعاقة أخرى إلى جانب إعاقته.

٤ ـ أن يكون الطفل قادراً على الاعتماد على نفسه وخاصة في مهارات العناية الذاتية.

٥ ـ أن يوافق أولياء الأمور على إدماج أطفالهم في المدرسة العادية.

٦ ـ أن يتم اختيار الطفل المعاق من قبل لجنة متخصصة للحكم عليه، على أنه قادر على التمشي مع ظروف وأنظمة وبرامج المدرسة العادية[٢].

ب ـ أسس يجب مراعاتها في اختيار المدرسة العامة:

يشترط في المدرسة العامة ما يلي:

١ ـ توفير التقبل والرغبة في التعاون والالتزام بالبرنامج من قبل مدير المدرسة بشكل رئيسي، ومن قبل العاملين في هذه المدرسة من معلمين وإداريين.

٢ ـ التعاون بين المدرسة وأولياء الأمور، وذلك من خلال مجلس الآباء، للوصول إلى قناعة أو موافقة حول فكرة الدمج في المدارس العامة.

٣ ـ البحث في المنهاج الدراسي، وهناك ثلاثة اتجاهات يتوقف عليها نجاح

---

(١) خلف الله، ١٩٩٦، ص ١٨.

(٢) خلف الله ـ قضية الدمج والبدائل التربوية إيمان ١٩٩٩، ص ١٩.

البرنامج أو فشله. وهي:

أ ـ اتجاه يميل إلى تطبيق نفس المنهاج الدراسي المطبق في المدرسة العامة مع الأطفال المنوي إدماجهم.

ب ـ اتجاه يميل إلى إجراء تعديل في المنهاج الدراسي المتطبق في المدرسة العامة بما يتناسب مع إمكانيات وقدرات الأطفال المنوي دمجهم.

جـ ـ اتجاه يميل نحو تطبيق منهاج خاص ليس له علاقة بالمنهاج الدراسي المطبق في المدرسة العامة.

٤ ـ اختيار موقع المدرسة العامة، من الأفضل أن يكون موقع المدرسة في نفس البيئة السكنية للأطفال المعاقين.

٥ ـ وأن يكون المبنى مناسباً لخصائص ومواصفات الأطفال المعاقين، ونخص بالذكر ساحة المدرسة، والصف الدراسي الخ.

ج ـ ـ أسس وشروط يجب توافرها في المعلم:

١ ـ أن يكون المعلم من المدرسة العامة.

٢ ـ أن يكون المعلم من المدرسة الخاصة.

د ـ الأسس والشروط الواجب توافرها في برنامج الدمج نفسه:

منها ما يلي:

١ ـ تحديد الأهداف المتوخاة من عملية الدمج فلا بد أن تكون الأهداف واقعية وموضوعية.

٢ ـ تحديد طبيعة الدمج ونوعيته، هل هو دمج أكاديمي أو اجتماعي.

٣ ـ تحديد الفترة الزمنية للدمج، هل تشمل طول فترة اليوم المدرسي، أو في فترة زمنية معينة.

٤ ـ تصميم السجلات الخاصة لتدوين المعلومات حول تطوير ونمو الطفل المعاق خلال مرحلة تنفيذ الدمج.

المراجع الأجنبية:

1 - Lewis B. Rena and Doorlag, Donald. **Teaching Special Students in the Manstreem.** Merrell Publishing company Abell and Howell information conpany columbus, Toronto, London Melborne, 1987.

2 - Ysseldyke, James and Algozzine, Bob. **Introduction to Special Eclucation** Houghton Miffline company. Bost, Dallas, Genva, Illinoy Palo-Aito princeton, New-Jersy, 1990.

3 - Kirk, A. Samuel and Gallagher, J, James. Educating Exceptinal children. Haoughtion, Miffline company, boston. Toronto. 1997.

4 - Cartwright, Phillip and carturight card and ward, Marjorie. Education Special Learner wads Worth publishing company Belmont, califohnia A Divison of wads worth, inc. 1989.

المراجع العربية:

١ ـ مسعود، وائل. أهمية دمج الأطفال المعاقين في المدارس العامة في الأردن، ورقة عمل مقدمة إلى الحلقة الدراسية لواقع ومستقبل مؤسسات رعاية المعاقين في الأردن، ١٩٨٤.

٢ ـ خلف الله ـ إيمان، قضية الدمج والبدائل التربوية الأخرى، ورقة قدمت إتماماً لمتطلبات مساق قضايا ومشكلات في التربية الخاصة، ضمن الوحدة الخامسة ملاحظة المساق ١٩٩٦.

٣ ـ الروسان، فاروق. سيكولوجية الأطفال غير العاديين، جمعية عمال المطابع التعاونية عمان ـ الأردن ـ ١٩٨٩ م.

عودة إلى: شرح صعوبات التعلم النمائية (شرح تفصيلي)

أولاً: الصعوبات الخاصة بالانتباه:

مشكلة عدم الانتباه سبب من أسباب تدني مستوى التحصيل المدرسي لدى الطفل.

فإن الطفل لا يركز على المهمة التعليمية التي يعنيها المعلم فإن تعبيرات وجه المعلم تدل على مدى اهتمام وانتباه الطفل.

فإن الانتباه عملية معرفية، يلاحظها المعلمون في أداء الأطفال، فإذا عجز الأطفال عن التركيز والانتباه فإن ذلك يؤدي إلى فشلهم.

وسنناقش بعض النقاط الهامة المتصلة بمشكلات الانتباه وهي:

١ ـ تعريف الانتباه.

٢ ـ تصنيف نواحي العجز في الانتباه.

٣ ـ متطلبات الانتباه الضرورية للتعلم.

٤ ـ إرشادات من أجل تقييم مشكلات الانتباه.

٥ ـ كتابة الأهداف العلاجية.

٦ ـ أساليب تحسين سلوك الانتباه.

١ ـ تعريفات: العجز في الانتباه:

من الصعب على المعلم... والعالِم أن يُعَرِّف الانتباه لأنه لا يمكن ملاحظة هذا السلوك بشكل مباشر. ولأن الطفل يتعرض إلى مثيرات صفية متعددة، فإنه من الصعب جداً أن يعرف من يلاحظ المقيم أيٍّ من المثيرات قد أثار انتباه الطفل.

فلا بد أن نحدد مثيراً منتقى يتم تركيز انتباه الطفل عليه. وقد استخدم بيريلاين (Berlyne 1970) مصطلح الانتباه الانتقائي لهذ الغرض، وقد استخدم روس (Ross 1977) المصطلح نفسه.

وقد عبر كلاً من ريد ورسكو (Reid & Hersko 1981) «بأنه «**القدرة على التركيز: تركيز الوعي على المثيرات الخارجية أو الداخلية**».

وقد وصف زيمان وهاوس (Zeman & Hpuse 1963) الانتباه من وجهة نظر سلوكية. وقالا بأنه سلوك محدود بمثير واحد أو مثيرات قليلة في وقت واحد).

وقد استخلص من التعريفات السابقة بأن الانتباه هو «عملية انتقائية عند التركيز على المثيرات ذات العلاقة في موقف ما».

وقد عرَّف مؤلف كتاب صعوبات التعلم النمائية والأكاديمية ـ على أنه عملية انتقائية لجلب المثيرات ذات العلاقة وجعلها مركزاً للوعي».

٢ ـ تصنيفات العجز في الانتباه:

فـي عـام ١٩٤٧ م وصـف ستـراوس وَلَتـن (Strauss and Lehtiren 1947) الصعوبات المتعلقة بالانتباه لدى الأطفال الذين يعانون من إصابات في المخ بأنها:

١ ـ النشاط الزائد.

٢ ـ التشتت في مجال التركيز على المثيرات.

٣ ـ عدم القدرة على كبح المثيرات الأخرى، والنزعة للاستجابة للمشتتات الداخلية والخارجية.

٤ ـ الاحتفاظ بالاستجابة بشكل غير مناسب أو تكرار السلوكات عندما لا تكون مناسبة[١].

أ ـ تصنيف الطب النفسي:

لقد وضعت جمعية الطب النفسي الأمريكية سنة ١٩٨٠ نمطين من أنماط العجز في الانتباه وهما:

١ ـ العجز في الانتباه المصحوب بحركة زائدة.

٢ ـ العجز في الانتباه غير المصحوب بحركة زائدة.

ب ـ التصنيف النفسي ـ التربوي:

من الملاحظ أن أطفال الحركة الزائدة يفقدون السيطرة على أنفسهم لأسباب تعود إلى المثيرات الداخلية.

وقد تعود أسباب هذه الحالات إلى عوامل عصبية، كيميائية ـ حيوية أو انفعالية.

وتعتبر الحركة الزائدة عجزاً في الانتباه، ومن ثم ينعكس ذلك على التحصيل المدرسي، ومن ثم يخلق صعوبات تعليمية متعددة.

---

(١) خلف الله ـ إيمان، ص ٢١، ١٩٩٦ م.

٣ ـ متطلبات الانتباه الضرورية للتعلم:

تتركز المتطلبات التي تطلب من الطفل في مهارات القراءة والكتابة والتهجئة والحساب، وأيضاً الإدراك الحركي، والسلوك الاجتماعي.

ويعتبر الانتباه أحد المهمات الرئيسية لجميع المهارات السابق ذكرها.

وسوف نذكر أربعة متطلبات شائعة للانتباه وكلها تقع على عاتق الطفل المتعلم.

وهي:

أ ـ اختيار المثير.
ب ـ مدة استمرار سلوك الانتباه المطلوبة.
جـ ـ الانتباه لتسلسل المهارات المعروضة.

الشرح: اختيار المثير:

هناك مثيرات ذات علاقة ومثيرات غير ذات العلاقة.

بعض الأطفال يركزون على المثيرات غير ذات العلاقة وهؤلاء الأطفال يعانون من صعوبات في التعلم. لدينا ثلاثة أنواع من الاختيارات وهي:

أ ـ الاختيار الحسّي ضمن الحاسة الواحدة.
ب ـ الاختيار الحسِّي ضمن الحواس المختلفة.
جـ ـ الاختيار الحسّي المتعدد.

الاختيار الحسِّي ضمن الحاسة الواحدة:

يقوم الاختيار ضمن الحاسة الواحدة إلى استبعاد المثيرات غير ذات العلاقة، والتركيز على ذات العلاقة منها:

مثال: عندما يشرح المدرس موضوعاً ما يجب على الطفل أن يركز على شرح المدرس ويستبعد ما عدا ذلك من مشتتات صوتية أخرى.

مثل: أصوات الكراسي أو العطاس، أو حديث الأطفال الآخرين. هذا عند استخدام حاسة واحدة (السمع)، وكذلك عند استخدام حاسة واحدة أخرى (الإبصار).

مثلاً: يجب على الطفل أن يركز على ما يقرأه، ويهمل الحركات الأخرى.

أمّا الاختيار الحسّي ضمن الحواس المختلفة:

ويتم ذلك باختيار الطفل المعلومات الحسِّية التي يستقبلها من خلال قناتين أو أكثر من الحواس.

أما الاختيار الحسّي المتعدد:

يبين هذا الاختيار قدرة الطفل على تركيز انتباهه إلى اثنتين أو أكثر من المثيرات التي تم استقبالها من خلال قنوات حسّية مختلفة في نفس الوقت.

مثال: عند شرح المدرس موضوعاً ما مثل: طرح الأعداد المكونة من رقمين أو أكثر.

يجب على الطفل أن يستمع إلى الشرح، وكذلك يراقب الإجراءات، وكذلك متابعة شرح الكتاب بمعنى أن يوجه الطفل انتباهه إلى كل من المثيرات السمعية والبصرية في نفس الوقت سنف ١٩٧٣ م (Sneff 1972).

مدة استمرار الانتباه:

لكي ينجز الطفل عملاً ما، فلا بد أن يثبت انتباهه لمدة زمنية محددة (Bryan and Bryan 1975).

إن مدة الانتباه الضرورية لإتقان مهارة ما تعتمد على ثلاثة عوامل:

١ ـ صعوبة المهمة.
٢ ـ حالة الطفل.
٣ ـ قدرة المدرس على تعديل وتطوير عملية التعليم.

بما يتناسب مع اهتمامات الطفل.

عندما يواجه الأطفال مهمات صعبة، لا تقع ضمن إمكانياتهم فإن انتباههم سيتشتت بالتأكيد.

مثال: عندما تكون مادة الرياضيات صعبة جداً ـ مثلاً: ولم تقع ضمن مجال اهتمام الطفل، فإنه سوف يحول انتباهه إلى أشياء أخرى، تكون أكثر تقبلاً عنده. لذا يجب أن يحاول المدرس تعديل إجراءات التدريس بما يتناسب مع حالة الطفل أو

الأطفال الذين في مستواه. كأن يغير من وسائل الإيضاح التي يستعملها أو من أسلوب الشرح، وأن يدخل المتعة والسرور على نفوس الأطفال بطرق عدة.

(نقل الانتباه من مهمة أخرى):

يحتاج الأطفال كثيراً إلى نقل الانتباه من مهمة إلى أخرى عند الحاجة إلى ذلك.

ففي مادة القراءة على سبيل المثال، يجب أن يعمل المدرس على نقل انتباه الطفل من فكرة إلى أخرى ومن كلمة إلى أخرى، ومن فقرة إلى أخرى، وأحياناً من صفحة إلى أخرى.

ولدينا مهمات كثيرة منها: المهمة البصرية، والمهمة اللفظية، والمهمة الحركية والمهمة السمعية.. الخ.

وتتطلب على سبيل المثال المهمة اللفظية في معظم الأحيان الانتقال من مفهوم إلى آخر.

فالطفل أحياناً يفكر في نقاش مسبق حول موضوع معين ـ استولى على فكره ـ بدلاً من تركيز الانتباه على موضوع المناقشة الحالية في الصف، هنا يعتبر نقل انتباه مهماً في تعلم المهمات الحركية ونقل الطفل من التفكير في موضوع إلى موضوع النقاش الحالي.

مثلاً: يجب نقل الطفل حركياً من موضوع إلى آخر، ومن حرف إلى آخر من خلال الانتباه البصري والحركي.

وقد أثبت كل من دكمان وآخرون (Dykman 1971) أن أطفال صعوبات التعلم يعانون من صعوبة في الانتقال من مثير إلى آخر.

وقد أكد ستراوس و لتن ١٩٤٧ عدم قدرة الأطفال على نقل الانتباه بالثبات والاحتفاظ حيث يستمر الأطفال بشكل متكرر في القيام بالمهارة نفسها دون الانتقال إلى الاستجابة المناسبة وسمي ذلك بالمثير الجديد.

الانتباه لتسلسل المهارات المعروضة:

يقرر علماء التربية ـ بأن متابعة المهارات المعروضة بشكلها المتسلسل يتطلب

انتباهاً وتركيزاً عالياً وكذلك ذاكرة قوية. وهذه الخصائص لا تتوفر في أطفال صعوبات التعلم.

بل أغلبهم يعاني من صعوبة في متابعة المهارات المعروضة بشكل متسلسل، بعضهم يركز انتباهه على المثير الذي قُدم أولاً، ويفشل في متابعة المثيرات اللاحقة، وقد يستوعب الجزء الأول من التعليمات ولكنه يفشل في سماع الجزء المتبقي منها (تارفر Tarver وآخرون ١٩٧٦) وبعضهم يعاني من مشكلات في التذكر، فإنهم قد يستجيبون فقط لآخر مثير سمعوه أو رأوه.

تقييم خطوات الانتباه واختيار الأهداف العلاجية:

الخطوة الأولى: صف سلوكيات الانتباه محور الاهتمام.

الخطوة الثانية: حدد العوامل والظروف البيئية.

الخطوة الثالثة: حدد العوامل التعليمية التي تقلل أو تزيد سلوك الانتباه.

الخطوة الرابعة: حدد العوامل الجسمية والانفعالية التي تسهم في فشل الطفل.

الخطوة الخامسة: اختر أهدافاً لمعالجة عملية الانتباه طبعاً ستثور أسئلة عدة حول كل خطوة سيجيب عليها المعلم.

ولزيادة التوضيح نشرح الخطوة الخامسة.

طبعاً عند اختيار الأهداف العلاجية لمعالجة عجز الانتباه لا بد من اختيار موقف تعليمي محدد.

مثال: يختار المعلم درساً معيناً من دروس الحساب.

ولكتابة الهدف العلاجي لضعف سلوك الانتباه في درس الحساب ـ ثلاثة عوامل أساسية يجب أن تؤخذ في الاعتبار وهي:

١ ـ أخذ السلوك المرغوب فيه الذي يجب أن يؤديه الطفل (الاستماع إلى المدرس عند الشرح؟).

٢ ـ اختر الظرف الذي يجب على الطفل أن يقوم بأداء السلوك فيه (مثل درس الحساب).

٣ ـ اختر معياراً للحكم على مدى تحقق الهدف مثل (حل أربع مسائل من أصل ست مسائل).

خطة للتغلب على اضطرابات الانتباه لدى الطفل:

يعتبر تشتت الانتباه من مظاهر بطء التعلم أو التأخر الدراسي ومن ثم إلى صعوبات التعلم.

ويعتبر من الأعراض الرئيسية المرتبطة باضطرابات الحركة ويعتبر من الأشياء التي تعوق التفاعل مع الطفل، وتعوق استجابته لما حوله، وبالتالي تعطل من قدراته على التعلم، وما يخلقه من صعوبات في إدارة الصف من قبل المعلم.

يحتاج المعالج إلى أدوات منها:

كرسيان، طاولة، بعض المدعمات الإيجابية المرغوب فيها، مثل: أطعمة، حلوى، مشروبات، بالإضافة إلى بعض الأدوات الأخرى بما فيها الملاعق والشوك ومفاتيح، مكعبات، كرة، كتاب.

إن تركيز الانتباه مهارة: تتكون من أربع مراحل من السلوك وهي:

١ ـ الاستمرار في الجلوس بهدوء لدقائق عدة في وقت محدد.

٢ ـ النظر إليك والاستجابة لك عندما تناديه أو تذكر اسمه.

٣ ـ النظر إلى شيء معين، عندما تطلب منه ذلك.

٤ ـ أداء عمل أو نشاط معين لفترة محددة.

المرحلة الأولى:

١ ـ أطلب من الطفل أن يجلس على الكرسي الذي يواجهني، فإذا استجاب وجلس لمدة ٣٠ ثانية (نصف دقيقة) ـ أُقدم له مدعماً إيجابياً، مع مدحه ثم أتجه للمرحلة الثانية إذا لم يستجب ـ وبدأ يتحرك (ينظر ويقفز) هنا وهناك، واستمر في سلوكه الفوضوي، فإني أحتاج إلى تدريبه على الجلوس بهدوء بالطريقة التالية:

٢ ـ أسأله أن يجلس بهدوء، وأجعل سؤالي له مصحوباً بلهجة الهدوء واللطف، بمسكه من ذراعه أو كتفه حتى يجلس لمدة ٥ ثوان فقط.

وأمتدح ذلك لفظياً على الفور، مع تقديم مدعماً ملموساً (طعام أو حلوى).

٣ ـ استمر في الطلب إليه أن يجلس بهدوء. مع التوقف عن الحث البدني.

وفي كل مرة يجلس فيها الطفل ـ أمتدح سلوكه وأدعمه بالطريقة نفسها.

ملحوظة: «لا بد من هدوء الطفل قبل تقديم المدعم له». وعندما ينجح الطفل

في الجلوس بهدوء لمدة ١٠ ثوان أبدى تدريجياً في زيادة هذه الفترة إلى ٣٠ ثانية. وأتجنب زيادة هذه الفترة بشكل مفاجىء أو سريع.

ولا بد أن أكون صبوراً في كل مرة يحدث فيها السلوك الصحيح (الجلوس بهدوء الفترة محدودة) أقدم له التدعيمات اللفظية بسخاء.

ويجب ألا تستغرق جلسة التدريب أكثر من ١٠ إلى ١٥ دقيقة، ويمكن أن أطلب من الطفل أن يغادر كرسيه ويتجول في الغرفة كل دقيقتين أو ثلاث.

أنتقل إلى المرحلة الثانية بعد أن يصل الطفل للسلوك المحوري (٣٠ ثانية).

المرحلة الثانية:

١ ـ أدرب الطفل على النظر إليّ عندما أناديه باسمه، ويتم ذلك تبعاً للخطوات التالية.

أ ـ أسأل الطفل أن يجلس كما في المرحلة الأولى، وعندما يجلس بهدوء، أنطق باسمه عالياً، فإذا نظر إليّ، ولو لفترة خاطفة ثانية أو ثانيتين) أقوم بتدعيمه فوراً، ولا أقوم بذلك وهو مفرط في الحركة.

إذا لم ينظر إليّ عند مناداته باسمه، فإني أحتاج إلى تدريبه على تشكيل هذه الاستجابة. عندما يجلس الطفل أطلب منه أن ينظر إليَّ، فأقول له (محمد!! انظر إليَّ)، ثم أنتظر فترة قصيرة، ثم أقوم بتدعيمه، حالما يوجه نظره إليَّ.

وأستمر في هذا الإجراء. وفي كل مرة ينظر إليَّ أقوم بتدعيمه فوراً.

أحاول أن أزيد الوقت الذي يمر بين بدء النظر إليَّ وتقديم المدعم لتزيد فترة نظره إليَّ، إلى أن يصبح قادراً على النظر إليَّ لمدة ٥ ثوان عندما أنطق باسمه.

وإذا لم يحدث ذلك ولم ينظر إليَّ، عندما أنادي اسمه أكرر الطلب (محمد!! انظر إليَّ) ولكن أضيف في هذه المرة الحث البدني، بوضع إصبعي أسفل دقنه وأثني رأسه برفق، حتى يتمكن من رؤيتي، وفي هذا الأثناء أقوم بتدعيمه فوراً.

أكرر الإجراء السابق القائم على الحث اللفظي والبدني مع التدعيم الفوري، حتى يتمكن الطفل من الوصول إلى الاستجابة المناسبة وهي (النظر إليَّ عندما أنطق باسمه).

أتخلص من الحث البدني حتى يتمكن الطفل من تنفيذ المهمة من خلال الحث اللفظي فقط.

أستخدم نفس الإجراء لزيادة الوقت المنقضي في الجلوس بهدوء.

ملحوظة: أحاول أن أخفض تدريجياً المدعم (عن مستوى عيني)، حتى أتأكد أن الطفل أصبح قادراً على النظر إليّ وليس إلى المدعم.

المرحلة الثالثة:

في تلك المرحلة يتم تدريب الطفل على النظر لبعض الموضوعات أو القيام ببعض النشاطات البسيطة، عندما تطلب منه ولكي يتم التدريب بنجاح ينبغي اتباع الخطوات التالية:

١ ـ أضع واحداً أو أكثر من الأدوات التي سبق إعدادها (ملعقة ـ شوكة ـ مفتاح ـ كتاب) الخ. أمامي، وأسأل الطفل أن ينظر إليَّ، كما في الخطوتين السابقتين، وأسأله بعد ذلك أن ينظر إلى الكرة مثلاً: بينما أشير إليها بأصبعي ثم أدعم الطفل لفظياً وبدنياً، إذا ما استجاب لي (النظر إلى الكرة).

فإذا لم يستجب، إلى أسلوب الحث البدني، بالطريقة السابقة، أعِدْ عليه أن ينظر إلى الكرة، مع لوي رأسه برفق حتى أسهل عليه المهمة، أكرر نفس الإجراء الذي تم في المرحلة الثانية (أي بأن أجعل المدعم قريباً).

من الشيء الذي أريد من الطفل أن ينظر إليه ثم أقوم بالتدعيم فوراً.

أحاول هنا أن أوقف المدعم البدني حتى يتمكن الطفل من النظر إلى الشيء المطلوب، كاستجابته للتعليمات اللفظية فقط.

ملحوظة: يجب أن يكون الطفل جالساً بهدوء خلال الاستجابة حتى تعطيه المدعم.

المرحلة الرابعة:

هنا يتم تدريب الطفل على أداء نشاط معين، ولفترة زمنية بسيطة، وتزداد تدريجياً بالطرق السابقة الخطوات (١، ٢، ٣) أطلب من الطفل أن يؤدي نشاطاً بسيطاً باستخدام الأدوات الموضوعة على الطاولة مثل رمي المكعبات ووضعها في الصندوق أو تجميع أشياء بسيطة.. الخ.

أطلب منه أن ينظر إلى الأشياء المطلوبة، ثم أقول له: «محمد أريدك أن تضع هذه الأشياء في هذا الصندوق» وأشير بأصبعي.

طرق الوقاية: من الطرق الهامة في الوقاية ما يلي:

١ ـ **تنمية الكفاءة:** وذلك عن طريق النقد المستمر على الخطأ، وتشجيع الطفل عمل الشيء بشكل أفضل.

وتمكين الطفل من تجنب القلق يؤدي إلى تقوية الانتباه، لذا يجب اختيار مهمات ـ فرص النجاح منها عالية عن طريق امتداح إتمام العمل مثلاً، والشعور بالكفـاءة ينمو عن طريق مزيج من ثناء الأهل وتشجيعهم والنجاح في إتمام المهمـات.

٢ ـ تعليم تركيز الانتباه:

إن تشجيع الآباء وانتباههم بقدرة طفلهم على الانتباه، يمكن أن يبدأ منذ الطفولة المبكرة.

لذا يجب أن نلفت انتباه الأطفال إلى الخصائص البارزة في الأشياء حتى يستطيع الطفل تمييز أوجه الشبه وأوجه الاختلاف. عن طريق قولك: (هذا رائع، لقد وضعت كل المكعبات الصغيرة هنا، وكل المكعبات الكبيرة هناك).

ويجب أن يعطي الثناء والتشجيع على المثابرة ومقاومة التشتت والشعور بالإحباط. مثل قولك: (يا سلام فعلاً مدهشاً، ما زلت تحاول بالرغم من إنك لم تصب الهدف).

ويمكن مقاومة التشتت عن طريق القدرة على تركيز الانتباه ومقاومة التشتت.

حالـة:

طفل عمره ١١ عاماً، لديه ضعف انتباه وتشتت عندما كان عمره خمس سنوات، إلاَّ أن الأبوين لم ينجحا معه في تعزيز الانتباه.

لذلك حاول الأبوان الحصول على أي عون من قبل الأخصائيين، وأثبت الفحص النفسي لهذا الطفل أنه يعاني من قصر فترة الانتباه والتشتت، ذكاء الطفل فوق المتوسط ـ نمو الشخصية يشير إلى عدم نضوج إلى حد ما، ومستواه الأكاديمي أقل من مستوى صفه بسنة واحدة.

أما الفحص العصبي أشار إلى أسباب عصبية بشكل بسيط، والنتيجة أن ضعف الانتباه هو ضعف بنيوي طويل الأجل.

العــلاج:

تكونت من جلسات إرشادية للأبوين، وخمسة شهور من العلاج النفسي الفردي للطفل.

إرشاد الأبوين إلى الطرق المناسبة لتعزيز الانتباه مثل الثناء على التحسن في انتباه الطفل، وقدرته المتزايدة على مقاومة التشتت ومساعدة الطفل على القيام بالواجبات المدرسية وامتداحه على القدرة على الاستمرار في التركيز أما من ناحية الطفل فقد أفهم الطفل بأن هذا الضعف لم يكن خطؤه هو، وأنه بالإمكان أن يتعلم كيف يتغلب عليه، وذلك عن طريق الاسترخاء العضلي، والتحدث إلى النفس، (أي أنه يسأل نفسه أسئلة تساعده مثل «ماذا يريد منّا المعلم أن نعرف؟).

(يجب أن أصغي وأتذكر الأمور الهامة).

(ماذا عليَّ أن أفعل الآن؟).

أعطي أو أرشد الأبوين إلى كتب عن تشتت الانتباه مثل:

Fagen, SA., Long. N.J., and Stevens D.J. Teaching children. Self-control .charles. Mer-rill, columbus, ow (1975)

المراجع الأجنبية:

1 - Thomas, alexander et al: Temperament. and Behavior Disorders in children. New-York university Press, New-York 1968.

2 - Cruickshank, W.M. and hallaham, D.P. (eds) Perceptual and learning - Disatilities in Children vol 1: Psycholed ucational Practicess Syracues University Press, Syracuse 1975.

بحث ميداني - (منهج تجريبي)
برنامج تعديل السلوك

١ - كيفية تحديد المشكلة السلوكية بين المتعلمين: تقول المعلِّمة:

بعد ملاحظتي للطلاب مدة شهرين متتاليين، وسؤال المعلمة والمشرفة عن سلوك الطالب والمشاكل السلوكية التي يعاني منها، تم تحديد المشكلة التي يعاني منها الطالب/ غسان وهي (لفت الانتباه).

٢ - تعريف السلوك المستهدف:

من خلال المظاهر السلوكية التي نلحظها على الطالب، يمكن أن أعرف السلوك الذي أريد أن أعدله.

ففي حالة هذا الطالب تظهر لديه أنماط سلوكية متعددة مثل:

١ - كثرة الكلام بشكل ملفت، حيث إنه يحاول لفت انتباه الآخرين إليه، بمجرد انشغالهم عنه بأي شخص أو عمل آخر، وخاصة عند وجود الضيوف أو الغرباء.

٢ - يحاول إحضار أشياء غريبة من البيت، مثل كتب قديمة من مكتبة والده، ليظهر ويتفاخر بها بين زملائه في المدرسة.

٣ - في أغلب المواقف التي تمر عليه يتحدث عن عمل والده ويتخيل أنه يعمل معه بمرتب شهري، وباستمرار يلفت انتباه من يجلس معه أنه سوف يسافر.

٤ - يطلب من والده شراء بعض الحلويات والهدايا لطلاب الصف والمعلمات ليتركز الاهتمام حوله.

٥ - عندما ينشغل عنه الآخرون يحاول التظاهر بالمرض لينتبهوا له.

وبعد هذا الوصف، وتعريف السلوك، سوف أحدد الهدف طويل المدى، والأهداف قصيرة المدى التي سوف أعمل من خلالها لتعديل سلوك الطالب.

الهدف طويل المدى:

أن يتوقف الطالب عن لفت انتباه الآخرين له.

الأهداف قصيرة المدى:

١ - أن يفرق الطالب بين المواقف التي يمكن أن ينتبه الآخرون له فيها داخل المدرسة.

في ثلاث محاولات ناجحة.

٢ ـ أن يختار الطالب وقت الحديث المناسب في المواقف الاجتماعية المختلفة، وذلك في موقفين مختلفين.

قياس السلوك المستهدف:

يتم قياس السلوك المستهدف للطالب بطريقين.

١ ـ الملاحظة المباشرة: حيث كنت ألاحظ تكرار سلوك الطالب من خلال اليومين اللذين كنت أقضيهما في المركز.

اتبعت شكل تكرار السلوك من خلال الملاحظة والتسجيل.

٢ ـ عن طريق الملاحظة غير المباشرة: وسؤال المعلمات عن تكرار ونسبة حدوث هذا السلوك.

نموذج تعديل السلوك

اسم الطالب:

المعلمة: إيمان سلمان خلف الله.

وصف كامل للسلوك المراد تعديله:

السلوك المراد تعديله هو لفت الانتباه حيث يظهر هنا السلوك عند الطالب بشكل (لفظي) وسلوك (غير لفظي).

السلوك اللفظي:

عندما يكثر الطالب الكلام بشكل زائد عن الحد المعقول، وحديثه المتكرر عن وضعه ووضع أسرته، وأغلب الكلام مبالغ فيه وخيالي، ولكن الطالب يحاول أن يظهر نفسه من خلال الحديث وخاصة إذا انشغل ممن حوله عنه. وقد لاحظت هذا السلوك أثناء الرحلة التي قمنا بها، كان يحاول لفت انتباه جميع الطلاب له، ويتحدث عن أشياء لم تحدث، وأنه زار هذا المكان ويعرفه من قبل، وأثناء اليوم الدراسي، وعند انشغال المعلمة بطالب آخر، يحاول هو أن يتحدث معها ويلفت انتباهها له لتترك زميله.

السلوك غير اللفظي:

عندما تنشغل عنه المعلمة أو المشرفة بعمل جماعي، يتظاهر بالمرض، ويحاول جذب انتباهها، وكذلك يحضر أشياء من البيت مثل الكتب القديمة من مكتبة والده، وأشرطة كاست. ويطلب من والده إحضار بعض الهدايا والحلويات لأفراد المركز حتى يلفت الانتباه له، ويكون متميزاً عن الأقران.

وعندما يكون في اجتماع أو في حضور بعض الأفراد، يحاول أن يطرح بعض الأسئلة ليتركز انتباه الجالسين إليه ويبدون إعجابهم به.

من خلال متابعتي للطالب ألاحظ ضعف ثقته بنفسه، مما يجعله يلفت نظر الآخرين إليه ليثبت لهم أنه جيد.

عدد مرات ظهور السلوك:

يظهر هذا السلوك مرتين في الأسبوع، أو ثلاث مرات، في الجانب غير اللفظي. أما اللفظي: فيتكرر أربع مرات في اليوم، وأحياناً يزيد.

تحديد وحدة القياس:

لقد استخدمت وحدتي قياس:

١ ـ لقياس السلوك اللفظي للفت الانتباه، استخدمت (وحدة السَّاعة) ـ أي تكرار السلوك خلال اليوم الدراسي.

٢ ـ ولقياس السلوك غير اللفظي للفت الانتباه، استخدمت (وحدة اليوم).

شروط ظهور السلوك:

١ ـ يظهر هذا السلوك، عندما يحس الطالب أن المعلمة تعمل مع زميل آخر.

٢ ـ عندما يجد أي شخص من المركز عنده القابلية لأن يسمع له ويستجيب له ولحديثه.

أماكن ظهور السلوك:

يظهر السلوك في.

١ ـ الصَّف ـ أثناء التدريب الجماعي.
٢ ـ أثناء التدريب الفردي.
٣ ـ خلال فترات الرَّاحة ـ مع الطلاب الآخرين.
٤ ـ عند قدوم زائر إلى المدرسة.

المدة الزمنية التي يستغرقها ظهور السلوك:

المدة الزمنية ليست طويلة، حيث إنها لا تتجاوز (٥) دقائق، ويمكن التحكم فيها من خلال رد الفعل المناسب من الشخص المصاحب أو الذي يتحدث معه الطالب.

نوعية المراقبة للطالب:

كانت المراقبة:

١ ـ ملاحظة مباشرة.
٢ ـ ملاحظة غير مباشرة. ومن خلال سؤال المعلمة والمشرفة.

أي ملاحظات نعتقد بأنها مفيدة:

الملاحظة المباشرة وتسجيل استجابة الطالب هي الأكثر نفعاً.

الخطة المقترحة لتعديل السلوك:

اسم الطالب:
المعلمة: إيمان خلف الله.
السلوك المراد تعديله: لفت انتباه الآخرين للطالب.

الأساليب المقترحة لتعديل السلوك:

١ ـ إعطاء انتباه مباشر للسلوك الإيجابي الملائم فقط:

عندما يظهر الطالب سلوكاً جيداً، أرغب في أن يظهر ويستمر لدى الطالب مثل: رد السلام عند الدخول إلى الصف أو الاستئذان عند دخول أو خروج الصف، عندها أبين للطالب أن هذا السلوك جيد، أريد منك أن تستمر في تكراره وأعمل معه (عقد سلوكي) أنه إذا استمر على هذا السلوك فسوف تكون له جائزة (دفتر) في نهاية الفصل.

عندها سوف يركز الطالب على السلوك الجديد، ويخفف من السلوك المراد تعديله، وهو لفت انتباه الآخرين بالحديث.

٢ ـ التجاهل والانطفاء:

إهمال أنماط السلوك التي تهدف إلى لفت الانتباه وتجاهلها.

في بداية الأمر أقوم بلفت انتباه الطالب، أنَّ ما يقوم به خطأ وغير مناسب اجتماعياً إذ لم ينجح الطالب في تعديل سلوكه واستمر في لفت انتباه الآخرين.

أهمل سلوك الطالب وأتجاهل السلوك الذي يقوم به نهدف توجيه الأنظار إليه ليدرك أن ما يقوم به خطأ.

وأكرر العملية في أكثر من موقف، لأن الطالب قد يعتقد أن أسلوبه في لفت الانتباه قد نجح مع معلمته ويكرره، ولكن إذا أهمل المعلم سوف يدرك أن سلوكه لم ينجح.

٣ ـ إعطاء فرصة للطالب للحصول على الانتباه والتقليل من المعلم والأقران في الظروف الطبيعية العادية.

أثناء تفاعلي مع الطلاب لا أتجاهل أي واحد منهم بل أكون دقيقة الملاحظة لسلوك أي طالب منهم، بحيث أوجه سلوك الطالب الأول وأعزز سلوك الطالب الثاني، وأشعر الطالب الثالث أني قد شاهدت سلوكه، أما عن الطالب/ أعزز وألاحظ سلوكه دائماً، وأشعره أني منتبهة إليه، دون وجود حاجة لأن يلفت انتباهي هو.

أمّا عن الآخرين: عندما يحاول أن يلفت انتباه الطلاب الآخرين أو أي زائر ـ أبين له أن هذا خطأ، لا يجوز أن أتحدث معهم في موقف لا يناسب أن أسأل أو أتحدث فيه.

أمّا عن جلب كتب وأشياء من البيت:

أ ـ أنذرته أول مرة وثاني مرة، وبينت له أن هذا الأمر فيه إزعاج للوالد والوالدة، وهذا الأمر لا يَسُرُّ إدارة المدرسة كذلك، وأن كل من حولك يحبونك دون الحاجة إلى لفت انتباههم، وهم يهتمون بك دون الحاجة لجلب أشياء من البيت.

ب ـ تجاهلته أكثر من مرة لدرجة أنه أصبح يأتي ويقول أنا لا أجلب معي من البيت أي شيء غير الدفاتر والفطور.

٤ ـ أعاقب الطالب عندما يمارس هذا السلوك عن طريق منع أشياء يحبها الطالب والتقليل من المعززات وأوضح له سبب ذلك.

عندما أجد الطالب قد لفت الانتباه له بشكل كبير في هذا اليوم أو في هذه الحصة بشكل مزعج. أنذر الطالب وأبين له أن هذا الموقف خطأ، وخلال الحصة لا بد أن يلتزم بالهدوء.

ولا توجد ضرورة بأن يقص لي ما حدث في المنزل أو مع زميل آخر.

وكذلك إذا جلب أشياء غير دفاتر المدرسة في حقيبته أنبهه إلى عدم جلبها مرة أخرى! بعدها أمارس بعض أنواع العقاب مثل:

١ ـ لا أسمح له أن يجيب عن سؤال هو يعرفه ولا يتكرر ذلك خلال اليوم الدراسي، ولكن مرَّة أخرى أو مرتين لإنذار الطالب.

٢ ـ أمنع عنه التعزيز الذي يرغبه مثل لا أعطيه علامة (لا أدونها) له على الدفتر.

هذا الأمر يحدث مع توجيهي للطالب، وأثناء ذلك أوضح له أني عاملتك بهذا الأسلوب لأنك جلبت كتب ودوريات من مكتبة والدك وتحاول التباهي بها أمام الطلاب.

٥ ـ التشبع: عندما كان يستمر الطفل في لفت الانتباه، بالحديث عن نفسه أو التظاهر بالمرض، لا أقدم له معزز أو لا أهتم بحديثه حتى يفقد الطالب الحماس وتصبح الاستجابة غير مرغوبة من قبله.

وهذا ليس على سبيل السخرية من الطالب، ولكن لكي أوجه انتباهه إلى أشكال السلوك غير المرغوبة.

٦ ـ التغذية الراجعة:

بعد أن يحاول الطالب لفت انتباه المعلمة أو الزملاء أو الضيوف، وذلك بشكل

متكرر، أحاول أن أعرف الطالب بنتيجة عمله، وأن سلوكه هذا غير مرغوب من قبل الآخرين، وقد يكون مزعجاً، ولا بد من تعديله.

ملاحظات حول استجابة الطالب

الطالب قابل للتحسن والاستجابة لطرق العلاج وتعديل السلوك التي اتبعتها معه، وعندما أقدم له التغذية الراجعة يستجيب. ويبدو متفهماً ـ لأن ما يفعله سلوك غير مناسب ولا بد من تعديله.

تقييم البرنامج الخاص بتعديل السلوك:

١ ـ لقد استخدمت الإجراءات العلاجية بطريقة صحيحة.

٢ ـ التدخل الخارجي من قبل المعلمة والمشرفة زاد من فاعلية البرنامج ولم يؤثر عليه سلبياً.

٣ ـ نتائج تحليل البيانات ـ بيانات تكرار السلوك المعدل تدل على تحسن الطالب ولكن هذا التحسن تدريجي.

١ ـ بطاقة تسجيل تكرار السلوك

اسم الطالب : .... التاريخ: ١/ ٤/ ١٩٧٦م يوم الثلاثاء
اسم الملاحظ: .... السلوك: لفت الانتباه
المكان: غرفة الصف

الموقف الكلي للملاحظة: أثناء التدريب اللفظي

~~||||~~ ||

العدد الكلي: ٧

اسم الطالب : .... التاريخ: ٦/ ٤/ ١٩٧٦ م يوم الأحد
اسم الملاحظ: .... السلوك: لفت الانتباه
المكان: غرفة الصف

الموقف الكلي للملاحظة: ....

~~||||~~ ||

العدد الكلي: ٧

١ ـ بطاقة تسجيل تكرار السلوك

اسم الطالب : .... التاريخ : ٨/ ٤/ ١٩٧٦ م يوم الثلاثاء

اسم الملاحظ : .... السلوك : لفت الانتباه

المكان : غرفة الصف

الموقف الكلي للملاحظة : ....

𝍸 |

العدد الكلي : ٦

اسم الطالب : .... التاريخ : ١٣/ ٤/ ١٩٧٦ م يوم الأحد

اسم الملاحظ : .... السلوك : لفت الانتباه

المكان : الجامعة الاردنية

الموقف الكلي للملاحظة : ....

𝍸 |||

العدد الكلي : ٨

١ ـ بطاقة تسجيل تكرار السلوك

اسم الطالب : .... التاريخ : ١٥/ ٤/ ١٩٧٦م يوم الثلاثاء

اسم الملاحظ : .... السلوك : التباهي لفت الانتباه

المكان : أثناء التدريب

الموقف الكلي للملاحظة : ....

𝍸

العدد الكلي : ٥

اسم الطالب : .... التاريخ : ٢٠/ ٤/ ١٩٧٦م يوم الأحد

اسم الملاحظ : .... السلوك : إظهار الذات لفت الانتباه

المكان : غرفة الصف

الموقف الكلي للملاحظة : ....

العدد الكلي : ٤

١ ـ بطاقة تسجيل تكرار السلوك

اسم الطالب : ....
التاريخ : ٢٢/ ٤/ ١٩٧٦م يوم الثلاثاء

اسم الملاحظ : ....
السلوك : لفت الانتباه

المكان : المدرسة

الموقف الكلي للملاحظة : ....

||||

العدد الكلي : ٤

اسم الطالب : ....
التاريخ : ٢٧/ ٤/ ١٩٧٦م يوم الأحد

اسم الملاحظ : ....
السلوك : لفت الانتباه

المكان : غرفة الصف

الموقف الكلي للملاحظة : ....

||||

العدد الكلي : ٤

١ ـ بطاقة تسجيل تكرار السلوك

اسم الطالب : .... التاريخ : ٢٩/ ٤/ ١٩٧٦ م يوم الثلاثاء

اسم الملاحظ : .... السلوك : لفت الانتباه

المكان : المدرسة

الموقف الكلي للملاحظة : ....

| |||

العدد الكلي : ٣

اسم الطالب : .... التاريخ : ٤/ ٥/ ١٩٧٦ م يوم الأحد

اسم الملاحظ : .... السلوك : لفت الانتباه

المكان : أثناء التدريب

الموقف الكلي للملاحظة : ....

| ||||

العدد الكلي : ٤

١ - بطاقة تسجيل تكرار السلوك

اسم الطالب : ....
اسم الملاحظ : ....
التاريخ : ٦/ ٥/ ١٩٧٦ م يوم الثلاثاء
السلوك : لفت الانتباه
المكان : ....

الموقف الكلي للملاحظة : ....

العدد الكلي : ٣

اسم الطالب : ....
اسم الملاحظ : ....
التاريخ : ١١/ ٥/ ١٩٧٦م يوم الأحد
السلوك : لفت الانتباه
المكان : المدرسة

الموقف الكلي للملاحظة : ....

العدد الكلي : ٢

١ ـ بطاقة تسجيل تكرار السلوك

اسم الطالب : .... التاريخ : ١٣/ ٥/ ١٩٧٦ م يوم الثلاثاء

اسم الملاحظ : .... السلوك : ....

المكان : ....

الموقف الكلي للملاحظة : ....

||

العدد الكلي : ٢

اسم الطالب : .... التاريخ : ....

اسم الملاحظ : .... السلوك : ....

المكان : ....

الموقف الكلي للملاحظة : ....

العدد الكلي : ....

خطة للتسجيل

السلـــوك :

السلوك	التكرارات	المجموع	التاريخ/ اليوم	ملاحظات
لفت الانتباه	٧	٧	١/ ٤/ ٧٦ الثلاثاء	هناك تحسن في
	٧	٧	٦/ ٤/ ٧٦ الأحد	سلوك الطالب بعد
	٦	٦	٨/ ٤/ ٧٦ الثلاثاء	اتباع استراتيجيات
	٨	٨	١٣/ ٤/ ٧٦ الأحد	تعديل السلوك
	٥	٥	١٥/ ٤/ ٧٦ الثلاثاء	
	٤	٤	٢٠/ ٤/ ٧٦ الأحد	
	٤	٤	٢٢/ ٤/ ٧٦ الثلاثاء	
	٤	٤	٢٧/ ٤/ ٧٦ الأحد	
	٣	٣	٢٩/ ٤/ ٧٦ الثلاثاء	
	٤	٤	٤/ ٥/ ٧٦ الأحد	
	٣	٣	٦/ ٥/ ٧٦ الثلاثاء	
	٢	٢	١١/ ٥/ ٧٦ الأحد	

اسم الطالب : المعلم :

خطة لقياس التقدم

التكرارات / عدد المرات																
الثلاثاء	الأحد	الثلاثاء	الأحد	الثلاثاء	الأحد	الثلاثاء	الأحد	الثلاثاء	الأحد	الثلاثاء	الأحد	الثلاثاء	الأحد			
١٠	١٠	١٠	١٠	١٠	١٠	١٠	١٠	١٠	١٠	١٠	١٠	١٠	١٠	١٠	١٠	
٩	٩	٩	٩	٩	٩	٩	٩	٩	٩	٩	٩	٩	٩	٩	٩	
٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	٨	
٧	٧	٧	٧	٧	٧	٧	٧	٧	٧	٧	٧	٧	٧	٧	٧	
٦	٦	٦	٦	٦	٦	٦	٦	٦	٦	٦	٦	٦	٦	٦	٦	
٥	٥	٥	٥	٥	٥	٥	٥	٥	٥	٥	٥	٥	٥	٥	٥	الأداء
٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	
٣	٣	٣	٣	٣	٣	٣	٣	٣	٣	٣	٣	٣	٣	٣	٣	
٢	٢	٢	٢	٢	٢	٢	٢	٢	٢	٢	٢	٢	٢	٢	٢	
١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	
٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	

السلوك : لفت الانتباه   اسم الطالب :   المعلم :



ثانياً: الصعوبات الخاصة بالتذكر والذاكرة بين المتعلمين:

الذاكرة جزء أساسي وضروري لعملية التعلم. فهي تساعد الأطفال على الاستفادة من الخبرات السابقة، والانتفاع بالخبرات الحالية، كما أنها تعد الأطفال للخبرات الجديدة.

لذا فإن القصور في الذاكرة يعيق عملية التعلم، فيسبب صعوبة خلال مرحلة الطفولة المبكرة، وسنوات المدرسة، ومرحلة الشباب (ألي وَدِشلر Alley and Deshler 1979)، (بياجيه وانهلدر Biaget and Inhelder 1973) بعد الأطفال يكون لديه صعوبة في الإدراك البصري للأماكن مثلاً، والأشياء التي شاهدها من قبل. أو تذكر مهارات العناية بالذات كارتداء ملابسه وخلعها وارتداء جواربه. وقد يكون لديهم صعوبة في الذاكرة السمعية مما ينتج عنه صعوبة في التعرف على الكلمات المطبوعة، وقد يكون لديهم صعوبة في تعلم العد وفي تعلم الحقائق الحسابية عن طريق الحفظ والصَّم، وأيضاً ذكر الحروف الهجائية والتهجئة.

الهدف من دراسة صعوبات الذاكرة هو:

١ ـ تعريف الذاكرة.

٢ ـ تصنيف الأنواع المختلفة الخاصة بالذاكرة.

٣ ـ إرشادات لتقييم أداء الذاكرة.

٤ ـ تقديم اقتراحات لعلاج صعوبة الذاكرة.

أولاً: التعريفات:

قد وصف الذاكرة عدد..... من العلماء، وقد خرجت تعريفاتهم حسب الأغراض التي كانوا يبحثون عنها:

١ ـ الذاكرة هي: القدرة على الاحتفاظ واسترجاع الخبرات السابقة (Bower & Hilgard - 1981) أو القدرة على التذكر.

٢ ـ الذاكرة هي: قدرة الكائن الحي على تعديل سلوكه بعد الاستفادة من الخبرة السابقة (Richter 1966) هذه تعريفات اعتمدت على أن الذاكرة قدرة واحدة متكاملة.

أما الآخرون فقد اعتمدوا على أن الذاكرة ليست قدرة واحدة منفردة، وإنما هي سلسلة من النشاطات المعرفية. وقد عرفوها كما يأتي:

١ ـ الذاكرة هي القدرة على الربط والاحتفاظ واستدعاء الخبرة (Mykle bust 1964).

ثانياً: تصنيف أنواع الذاكرة:

٢ ـ الذاكرة هي: نشاط التذكر (Hunter 1957) الذاكرة تتألف من ثلاث عمليات هي:

أ ـ تصنيف المعلومات.

ب ـ القدرة على التخزين والاحتفاظ بالمعلومات.

جـ ـ القدرة على الاسترجاع أو التعرف، واستدعاء المعلومات السابق تخزينها.

(وصف هلز وآخرون Hulse et al 1980).

أولاً: التصنيف:

سنناقش تصنيف الذاكرة هنا من وجهة نظر التربويين وعلماء النفس.

أنواع الذاكرة:

١ ـ **الذاكرة قصيرة المدى والذاكرة طويلة المدى**: بعض أطفال صعوبة التعلم يعانون من صعوبة في تذكر المعلومات التي سمعوها أو شاهدوها بعد فاصل زمني قصير، لعدة ثوان أو دقائق أو ساعات قليلة (Atkinson and Shiffrin 1971).

وهذا يعتبر قصوراً في الذاكرة قصيرة المدى أما الذاكرة طويلة المدى، فيتم فيها استرجاع المعلومات بعد فترة من الزمن تصل إلى ٢٤ ساعة أو أكثر.

مثال: يظهر ذلك في مادة القراءة:

وقد يشاهد الطفل الكلمة المطبوعة ويستطيع أن يتذكرها بعد وقت قصير (ذاكرة قصيرة المدى).

ولكن لا يستطيع أن يتذكرها في وقت متأخر أو بعد وقت طويل، يوم أو يومين مثلاً.

(ذاكرة طويلة المدى).

٢ ـ **الذاكرة السمعية والبصرية والحركية**: تلك الأصناف من الذاكرة مهمة للطفل ومنها:

أ ـ **الذاكرة السمعية**: وهي مهمة لتطور اللغة الشفهية الاستقبالية التعبيرية.

مثال: الأطفال الذين يعانون من صعوبة في الذاكرة السمعية يعانون من معرفة وتحديد الأصوات التي سبق أن سمعوها، أو إعطاء معاني للكلمات أو أسماء الأعداد.

وفي القراءة: نلاحظ أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يفشلون في ربط أصوات الحروف مع رموزها المكتوبة.

وفي التهجئة: تعتبر الذاكرة السمعية مهمة لتعلم تسلسل الأصوات بشكل مناسب.

وفي الحساب: نرى أن حفظ الحقائق الرياضية في العمليات الأربع (جمع وضرب وطرح وقسمة) وتعلم أسماء الأعداد، والعد عن طريق الحفظ كلها تحتاج وتعتمد على الذاكرة السمعية (Talland and Waugh 1969).

ب ـ أما الذاكرة البصرية:

الذاكرة البصرية: هي مهمة في تعلم معرفة واستدعاء الحروف الهجائية، والأعداد، والمفردات المطبوعة، وكذلك في مهارات اللغة المكتوبة والتهجئة وكذلك في مطابقة ورسم الأشكال، وحل المشكلات الحسابية... الخ.

جـ ـ الذاكرة الحركية:

تختص الذاكرة الحركية بتخزين النماذج الحركية أو تسلسلها، والاحتفاظ بها وإعادتها.

إن حاسة اللمس والإحساس بالحركة يعتبران دائماً مهمين من الخلفية الحسِّية لكل شكل من أشكال الحركة.

فالطفل الذي لديه مشكلة في الذاكرة الحركية. قد تكون لديه مشكلة في تعلم مهارات معينة وعدة.

مثل: ارتداء الملابس وخلعها، وربط الحذاء، والكتابة ورمي الكرة واستخدام الأدوات (Lurca 1966).

٣ ـ الذاكرة القائمة على المعنى والحفظ:

تختص ذاكرة المعنى والحفظ بفهم المعلومات والاحتفاظ بها، وذلك بربطها بما يعرفه المتعلم مسبقاً.

مثال: قد يتذكر الطفل كلمة جديدة، وقد يتم التذكر بربط الكلمة الجديدة بكلمتين سابقتين معروفتين لديه مسبقاً. (ذاكرة المعنى).

الكلمة الجديدة: الأسد.

الكلمتين السابقتين: حديقة الحيوان.

أما عند استخدام (ذاكرة الحفظ) قد يعالج الطفل الكلمة الجديدة على أنها جزء

غير مترابط، ومعلومات منفصلة، دون محاولة إيجاد أي علاقات أو معنى لها. فلكل ذاكرة مهمة خاصة لها.

فعند استخدام ذاكرة المعنى في تعلم محتوى المواد التعليمية (القراءة ـ الحساب ـ التهجئة) مثلاً.

يكون ذلك أجدى. وبسبب أن المواد التعليمية الجديدة تعتمد على أنظمة لها مفاهيم موجودة.

أما عند استخدام ذاكرة الحفظ في تعلم التهجئة أو تعلم جمع الأعداد أو حفظ جدول الضرب تكون أجدى وأنفع.

ثالثاً: إرشادات لتقييم أداء الذاكرة:

يتضمن التقييم الخطوات التالية:

١ ـ تحديد ووصف المهمات التي تسبب للطفل مشكلة ما في تذكرها.

٢ ـ تحديد إذا كانت العوامل التعليمية تؤثر في الذاكرة.

٣ ـ قيم العوامل الجسمية والاجتماعية والانفعالية.

رابعاً: اقتراحات علاجية:

هناك طرق يجب أن يأخذها المدرس في الاعتبار عند التخطيط للعلاج: وهي[1]:

١ ـ الطريقة الأولى: اختر المحتوى واكتب أهدافاً للذاكرة.

٢ ـ الطريقة الثانية: تحديد ما يتوقع تذكره.

٣ ـ الطريقة الثالثة: تنظيم المعلومات.

٤ ـ الطريقة الرابعة: عرض المعلومات.

٥ ـ الطريقة الخامسة: اختيار استراتيجيات التدريب.

٦ ـ الطريقة السادسة: مراقبة الذات.

---

(١) صعوبات التعلم ـ مترجم، مرجع سابق ص ١٥١.

الشرح: الطريقة الأولى:

١ ـ اختيار المحتوى وكتابة أهدافاً للذاكرة:

١ ـ أساعد الطفل في اختيار المحتوى بحيث يكون هادفاً، وذوي معنى ومألوفاً إلى حد ما للطفل.

٢ ـ كتابة الأهداف التي تخص... المهمات التي سيتم حفظها.

مثال: المحتوى: هو المادة التعليمية.

الهدف: هو استدعاء أسماء الأعداد من ١ ـ ١٠ بالنظر إلى الأعداد المتشابهة المقدمة بشكل عشوائي ١٠٠٪ ولمدة خمسة أيام. (ذاكرة استدعاء).

على الطفل هنا أن ينظر إلى الأعداد العشوائية من ١ ـ ١٠ ومن ثم يستدعي ويذكر اسم العدد المناسب.

الطريقة الثانية: تحديد ما يتوقع أن يتم تذكره:

على الطفل أن يفهم ما هو متوقع منه، عند أداء مهمة تعليمية ما مثل الجمع في الرياضيات.

وعلى المدرس أن يعين الطفل بمساعدته على فهم ما هو متوقع عنه، ويمكن لديه الدافعية للتذكر. وعلى الطفل أن يعرف ما هو مطلوب منه توقعه وأي ذاكرة يستعمل في ذلك ـ ذاكرة تذكر أم استدعاء!

وهذا يكون في مهمات تعليمية عدة مثل الرياضيات.

فلا بد أن تكون للطفل دافعية لتذكر حقائق الضرب مثلاً.

الطريقة الثالثة: نظم المعلومات التي سيتم تذكرها:

يجب على المدرس أن يذكِّر الطفل ويساعده في تنظيم المعلومات المطلوب منه تذكرها.

ويتم ذلك بتجميع المعلومات على شكل مجموعات فرعية صغيرة.

ثم بناء علاقات وروابط تساعد الطفل على التذكر هناك استراتيجيات مهمة تساعد الطفل على التذكر وهي:

١ ـ تنظيم المعلومات في أُطر مكانية وزمانية لكي تساعد الطفل على التذكر.

مثال: استخدام الخارطة عند تنظيم الحوادث التاريخية لتساعد الطفل على تنظيم الحقائق في إطار منطقي.

٢ ـ التجزئة: وتهدف تجميع المعلومات إلى وحدات فرعية بما يخدم عملية التذكر بشكل فعَّال (Johnson 1969).

الطريقة الرابعة: أعرض المعلومات التي سيتم تذكرها:

يجب عرض المعلومات وتقديمها عن طريق أكثر الوسائل نفعاً لدى الطفل.

فإذا كان لدى الطفل مشكلة في الإدراك البصري، فلا بد أن يتم عرض المعلومات المراد تذكرها من خلال القنوات السمعية اللمسية الحركية.

الطريقة الخامسة: آخذ استراتيجيات التدريب والإعادة:

إن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يعانون من مشكلة في الإعادة والتسمية مقارنة بغيرهم من العاديين.

وينقصهم عادة الوعي باستراتيجيات التكرار والتدريب فيما عدا الإعادة المبنية على الحفظ، وغالباً لا يطبقون استراتيجيات التكرار والتدريب بتروٍ (باير 1977 Bauer) وهؤلاء الأطفال الذين يعانون من نقص في استراتيجيات التدريب يجب مساعدتهم على التدريب وإعادة المعلومات التي سيتم تذكرها.

وهناك اعتبارات يجب مراعاتها في خطة التكرار والتدريب.

وهي:

١ ـ يجب تحديد الوقت والمكان المناسبين لأنشطة التدريب وتكرار المعلومات سواء أكان ذلك في البيت أو المدرسة.

٢ ـ يجب تعليم الطفل استخدام أكثر أساليب التدريب والتكرار ملائمة (فلافل وَولمان (Flavell & Wellman 1977.

وقد يكون ذلك أسلوب التكرار السمعي ـ اللفظي أو الأسلوب البصري ـ الحركي، أو التوفيق بين كل منهما.

إن استعمال المساعدات البصرية في شكل صور، وقوائم، ورسوم بيانية قد يكون ذلك ذا فائدة كبيرة في عملية الإعادة.

٣ ـ يجب جدولة وتنظيم التكرار والتدريب، ومدة الوقت المخصص للتدريب، ويجب تجزئة المدة والفصل بينها لفترات من الراحة.

٤ ـ يجب تحديد كمية المعلومات التي سيتم التدريب عليها في الوقت الواحد.

٥ ـ يجب إعطاء وقت كافٍ لإعادة المعلومات أو المهمات التي سيتم تذكرها.

الطريقة السادسة: المراقبة الذاتية:

عند تعليم الأطفال تذكر أي مادة علمية من خلال التكرار، يجب تعليمهم أن يراقبوا أداءهم على كل المهمات سواء مهمات الاستدعاء أو المهمات المعرفية.

سيقوم المدرس مراقبة الأطفال، وليكن ذلك على مهمات الذاكرة أول الأمر، ثم يدربهم لمراقبة أدائهم بأنفسهم، إن التدريب على تحول الذاكرة يمكن أن يكون مفيداً في تدريس الأطفال لمعرفة وتحديد خصائص المهمات التي تتطلب تذكراً سهلاً أو صعباً.

ثالثًا: الصعوبات الخاصة بالإدراك

الإدراك:

تغطي الصعوبات الخاصة بالإدراك. مدى واسعاً من العمليات البصرية والسمعية واللمسية. وأن الاضطرابات الإدراكية ليست واضحة ومفهومة، وذلك لأسباب تعود إلى علاقتها وتداخلها مع الذاكرة، والانتباه، والتفكير واللغة.

حالة اضطرابات أو صعوبات إدراكية ـ حركية: حالة طفل في الثامنة من عمره:

مظاهر الحالة:

١ ـ تلف مخي مع إصابة رئيسية في الوظائف التكاملية للنظام العصبي المركزي.

٢ ـ عجز في التعبيرات الحركية وفي القدرات البصرية الإدراكية. مثل:

الصعوبة في عملية اللمس، واستخدام الأشياء باليد، وكيفية القيام ببعض الوظائف اليومية. كربط الحذاء، وتزرير الملابس.

(أي حالة من عدم اتقان النشاطات البصرية ـ الحركية اليومية).

٣ ـ ذكاء يقع ضمن المدى الحدي.

٤ ـ الفهم السمعي والتعبير اللفظي ضمن المعدل المتوسط. متوسط أداء الأطفال في سن السابعة أو الثامنة.

٥ ـ الفهم البصري والتعبير الحركي كانت في مستوى سن ٣، ٤ سنوات. مما يدل على وجود فارق يزيد مقداره عن ٣ سنوات، فيما بين أدائها العالي في مهارات الفهم السمعي واللفظي مقارنة بأدائها المتدني في المهارات البصرية ـ الحركية الإدراكية.

علاج الحالة:

وقد وجهت برامج وأنشطة علاجية لهذه الحالة: نحو معالجة تقوية الانتباه، وتمييز المثيرات البصرية واللمسية والحسية والحركية.

فقد تم تغطية عيني الطفل، وثم تقديم مهمات وأشياء لمسية وحسية وحركية، وطلب منه التمييز بين تلك المهمات باستخدام اللمس والحركة.

وقد تم تعزيز التمييز البصري، بتكليف الطفل بنسخ بعض النماذج والتصحيحات، وتركيب بعض المكعبات، أو رسم بعض الأشكال والمربعات، مع لفت الانتباه إلى الزوايا والاتجاهات المختلفة.

وقد تم بعد ذلك تطوير التدريب والعلاج بالتركيز على التعليمات المكانية والاتجاهات المختلفة.

فصدرت التعليمات له بوضع شيء ما مكعب مثلاً فوق زاوية الطاولة اليمنى التي على يمينه ومرة أخرى على الزاوية اليسرى التي على يساره، أو الزاوية السفلى التي أمامه.

وقد تم تدريب الطفل على تنفيذ بعض الأنشطة ذات الأبعاد الثلاثة.

مثل:

١ ـ استخدم المقص.

٢ ـ قص الورقة.

٣ ـ اصنع منها قارباً. وهكذا.

في نهاية الفترة العلاجية، لوحظ تحسناً ملموساً، وخاصة في التوجهات المكانية، والأنشطة التي تحتاج إلى قدرة بصرية حركية (انتهت الحالة).

خلاصة المدخل: (حالة الطفل):

إن العجز في الإدراك عادة لدى ذوي صعوبات التعلم ـ يؤدي إلى صعوبة في التفسير والحصول على ما يطلب منهم إجابات.

لذا فإن العجز في نمو وتطور الجانب الإدراكي الحركي، قد يتسبب في صعوبة في تعلم المهمات التي تطلب من الطفل والتي تتطلب مهارات حركية دقيقة، وتناسق وتوازن حركة العين مع اليد. (تآزر حركي بصري).

لذا نستطيع القول هنا بأن صعوبة الإدراك الحركي، قد تسهم في انخفاض التحصيل المدرسي والتربوي.

وقد تمت تسمية صعوبات التعلم بصعوبة الإدراك لأن ضعف الإدراك هو الميدان الأول لصعوبات التعلم.

الصعوبات الإدراكية المؤثرة في الأداء المعرفي:

١ ـ الصعوبات التمييزية.

٢ ـ صعوبات التمييز البصري.

٣ ـ صعوبات التمييز السمعي.

٤ ـ صعوبات التمييز اللمسي.

٥ ـ صعوبات التمييز الحسي ـ حركي.

٦ ـ صعوبات التمييز في الإدراك الحركي واللمسي معاً.

٧ ـ صعوبات التمييز ما بين الشكل ـ والأرضية.

٨ ـ صعوبات الإغلاق.

٩ ـ الصعوبات البصرية ـ الحركية.

١٠ ـ الصعوبات المتعلقة بسرعة الإدراك.

١١ ـ صعوبات التسلسل.

١٢ ـ النمذجة الإدراكية.

١ ــ الصعوبات التمييزية:

يشير التمييز إلى الإجراءات التي تمكن الفرد من التعرف على جوانب التشابه والاختلاف للمثيرات ذات العلاقة.

وفي عملية التعلم واستخدام اللغة الشفهية، والقراءة والكتابة والتهجئة والحساب، فإنه يجب أن يتعلم الأطفال ويتعرفوا على الاختلافات التي يسمعونها أو يتذوقونها، أو يشاهدونها. إن الأطفال الذين يتمتعون بقدرة على فهم الاختلافات بين المثيرات يكون لديهم القدرة أيضاً على القيام باستجابات مختلفة تتناسب مع تلك المثيرات.

ويمكن تصنيف صعوبات التعلم التمييزية في ستة تصنيفات هامة هي:

١ ـ تمييز الأشياء التي نراها.

٢ ـ تمييز الأشياء التي نسمعها.

٣ ـ تمييز الأشياء التي نلمسها.

٤ ـ تمييز الأشياء التي نشعر بها.

٥ ـ تمييز الشكل ـ الأرضية[١].

٢ ـ صعوبات التمييز البصري:

تشير صعوبات التمييز البصري إلى صعوبة في إدراك وتمييز الفرق بين مثيرين بصريين أو أكثر.

فحين يفشل الأطفال الذين لديهم صعوبة في التمييز البصري في تمييز الخصائص المتعلقة بالحجم والشكل والمسافة وغيرها من التفصيلات المناسبة، فقد تكون لديهم مشكلات في معرفة واستخدام الحروف، والأعداد والكلمات في القراءة

---

(١) صعوبات التعلم ـ مرجع سابق ص ١٦٧.

والحساب. بارت (Barrett 1965).

وقد تؤثر صعوبة التمييز بين المثيرات البصرية على كتابة الطفل ورسوماته.

٣ ـ صعوبات التمييز السمعي:

تشير صعوبات التمييز السمعي إلى فشل الأطفال الذين لديهم صعوبات تعلم سمعية، في استكشاف أو معرفة أوجه الاختلاف والتشابه بين درجة الصوت وارتفاعه واتساقه، ومعدله، ومدته، (كالفانت وشيفلين ١٩٦٩ م) إن الفشل في التمييز بين الحروف المتشابهة أو بين المقاطع والكلمات يسبب صعوبة في فهم اللغة الشفهية، فالأطفال الذين يعانون من مشكلات في التمييز السمعي غالباً ما تكون لديهم صعوبة في تعلم القراءة والتهجئة بالطرق الصوتية.

٤ ـ صعوبات التمييز اللمسي:

تشير صعوبة التمييز اللمسي إلى أن الأطفال الذين يعانون من صعوبة في حاسة اللمس، تكون لديهم صعوبة في أداء المهمات التي تحتاج إلى حاسة اللمس، كاستخدام الشوكة والملعقة والسكين ومهارة تزرير الملابس والأحذية، ومهارة الكتابة، ومهارة التقاط أو حمل الأشياء الصغيرة وأي مهمة تتطلب تناسقاً في استخدام الأصابع.

٥ ـ صعوبات التمييز الحس ـ حركي:

تتمثل حركة الجسم في عمل الأجزاء الآتية: حركة الجذع، والذراع، والساقين، والأصابع، والفك السفلي، واللسان، والأطراف. ويستطيع الطفل من خلال تحريك هذه الأجزاء من خلال الجهد العضلي المبذول الجسمي بالدفع أو السحب أو الشد أو الخفض للأشياء إلى معرفة أشياء عدة مثل أوزان الأشياء وعلاقة الجسم بالجاذبية.

إن القصور في التمييز الحس ـ حركي يؤدي إلى صعوبة في تعلم أنماط الحركة، مثل الزحف والمشي، والأكل، ومهارات العناية بالذات مثل لبس الملابس وخلعها واستخدام فرشاة الأسنان الخ. وتستخدم الأطفال التمييز الحسي ـ الحركي في تعلم مهارات متقدمة وأكثر تعقيداً مثل الكتابة مثلاً.

٦ ـ صعوبات التمييز في الإدراك الحركي واللمسي معاً:

إن الأطفال الذين يعانون من صعوبات في الإدراك الحركي اللمسي والتي تتم في وقت واحد سوف يواجهون صعوبات في أداء المهمات الحركية الدقيقة مثل الكتابة، واستخدام الأدوات، وفي تعلم المهارات التي تحتاج إلى أداء حركي.

٧ ـ صعوبات الإغلاق:

يشير الإغلاق إلى معرفة الكل حين يفقد جزءاً أو أكثر من الكل.

مثال: إذا عرضت صورة أرنب وكان أحد أجزائها مفقوداً، فإن الطفل الذي يعاني من مشكلة في الإغلاق، سوف تكون لديه صعوبة في معرفة الحيوان نفسه، ويمثل ذلك صعوبة في الإغلاق البصري، وبالمثل في القراءة، إن الطفل الذي يعاني من إغلاق سمعي، سوف تكون لديه صعوبة في معرفة الكلمة المنطوقة إذا سمع جزءاً منها فقط، مثل (تلفو)، فإنه لا يعرف دلالة هذه الكلمة.

نكتفي بهذا القدر من الشرح، ومن يريد الاستزادة عليه أن يراجع كتاب ـ صعوبات التعلم ـ مرجع سابق من ص ١٧٢ ـ ص ١٧٧.

معالجة صعوبات الإدراك الحركي:

لقد انبرى الأخصائيون المهنيون وأخصائيي العلاج الطبيعي، وأخصائيي العلاج بالترفيه، وعلماء الإدراك الحركي، إلى تطوير معالجة صعوبات الإدراك ـ الحركي.

ويعتمد هذا العلاج على:

أ ـ عجز الطفل.

ب ـ نوع درجة الإصابة في الإدراك.

لقد عمل أخصائيو العلاج المهني مع الأطفال المعاقين جسمياً، وقد طور هؤلاء إجراءات تدريسية للتخفيف من صعوبات التآزر الحركي ـ البصري في المهارات الحركية الدقيقة.

وقد عمل أخصائيو العلاج الطبيعي مع الأفراد المعاقين جسمياً وحركياً، وقد استخدموا لذلك الغرض الأنشطة الإدراكية والحركية.

أَمّا أخصائيو العلاج بالترفيه، فقد ساعدوا في تصحيح الصعوبات الإدراكية الحركية.

وقد تم دمج الكثير من هذه الأنشطة (الإدراكية ـ الحركية) في برنامج طوره كيفارت وآخرون عام ١٩٧١ م والذي يتضمن أنشطة مثل:

١ ـ المشي على ألواح خشبية لتدريب الطفل على الاتجاهات وعملية الوقوف والتوازن.

٢ ـ استخدام خشبة التوازن، لمساعدة الطفل على تحديد مركز الجاذبية، ومساعدته على تحقيق التوازن للجسم.

٣ ـ القيام بتمرينات إيقاعية جسدية تفيد في عملية التآزر الجسدي باستخدام كل من الإيقاعات اللمسية والبصرية والسمعية.

رابعاً: الصعوبات الخاصة بالتفكير:

تشتمل عملية التفكير على المقارنة والحكم والعمليات الحسابية، والتساؤل والاستدلال والتقويم، وحل المشكلة واتخاذ القرار.

يعتبر التفكير عملية بالغة التعقيد، حيث تشتمل على عدة أنواع من العمليات العقلية التي يتم فهمها بشكل تام ومترابط.

إن مكونات عملية التفكير يصعب تحديدها أو وصفها حيث تتطلب جميعها القدرة على تنظيم المفاهيم، وتجزئة المعارف وربطها فيما بين بعضها بعضاً. في عملية الوصول إلى هدف معين أو تحصيل مستوى جديد من الفهم.

وإن عملية الصعوبة في تحديد النشاطات التي تدخل في عملية التفكير هو عدم القدرة على ملاحظة عمليات التفكير نفسها.

بمعنى أنه إذا توصل أحد العلماء إلى اختراع ما. فإنك لا تستطيع أن تلاحظ كيف كان يفكر هذا العالم، ولكن تستطيع أن ترى نتاج هذا التفكير.

إن مشكلة الأطفال ذوي صعوبات التعلم تكمن في عدم قدرتهم على استخدام عمليات التفكير الفعالة، في سلوكياتهم المختلفة ومنها: الاعتمادية الزائدة على المدرس، والاندفاعية، وعدم القدرة على التركيز والنقص الشديد في الثقة بالنفس،

والصعوبة في تركيز الانتباه واستمراريته، وفقدان المعنى ومقاومة محاولة التفكير، وضعف التنظيم.

(كالفانت وشفلين ١٩٦٧)، (هافرتيب وَكاس ١٩٧٨) (Havertape and Kass 1978).

وتشير هذه السلوكيات إلى صعوبة في تشكيل المفاهيم، وملاحظة العلاقات بين الأشياء أو الاستدلال وحل المشكلات.

عناصر التفكير

سنناقش هنا عنصرين أساسيين من عناصر التفكير وهي:

١ ـ تشكيل المفهوم.

٢ ـ حل المشكلات.

العنصر الأول: تشكيل المفهوم:

أ ـ صعوبة تشكيل المفهوم:

إن أطفال ذوي صعوبات التعلم يعانون من مشاكل في تطوير مفاهيمهم نحو الحياة من خلال خبراتهم الخاصة، وخاصة في مرحلة ما قبل المدرسة خلال الخمس سنوات الأولى من الحياة (جونسون وَ مايكلبست ١٩٦٧).

فهم في حاجة إلى تحديد وربط الظواهر المختلفة التي تصادفهم في الحياة مثل المشاهد والمواقف والأصوات والأفكار غير المعروفة لديهم.

إن تعلم ربط هذه الظواهر ببعضها وتحديدها من قبل هو أحد المراحل الأولى في عملية تعلم التفكير.

ولكن بعد الدخول إلى المدرسة، فإن القائمين على تعليم هؤلاء الأطفال يستخدمون أساليب رسمية ومنظمة في تقديم المعارف والأفكار الجديدة لهم. وما على الطفل إلاَّ أن يوظف حسَّه في الترتيب والتنظيم، لأن ذلك يعتبر ضرورياً في تشكيل المفاهيم التي تتضمن معرفة العلاقات بين الخبرات، وتصنيف الأشياء والأحداث والأفكار والمواقف الجديدة.

ب ـ مراحل التفكير:

لا بد لتشكيل أي مفهوم من مراحل ست وهي[1]:

١ ـ الوعي بخصائص الأشياء.

٢ ـ معرفة أوجه التشابه والاختلاف.

٣ ـ تحديد العوامل المشتركة.

٤ ـ تحديد المحك والقواعد المستخدمة للتضمين أو الاستبعاد من المفهوم.

٥ ـ التحقق من مصداقية المحك المستخدم.

٦ ـ تعديل المفهوم والاحتفاظ بالمفهوم وتكامله.

أولاً: الوعي بخصائص الأشياء:

الوعي بخصائص الأشياء، وكذلك المعوقات التي تصف الأشياء، والمواقف، والأحداث أو الأفكار كلها تساهم في تشكيل المفهوم، ملفورد Mulford ١٩٧٧، سميث وآخرون Smith, et, al ١٩٧٤ إن الأطفال ذوي الصعوبات يعانون من صعوبة في الانتباه الإرادي لما يشاهدون أو يسمعون أو يحسون بسبب مشكلات في تطوير المفاهيم على المستوين إمّا في المستوى المادي أو المستوى التجريدي.

ثانياً: معرفة أوجه التشابه والاختلاف:

تهدف مقارنة خصائص الأشياء، والأحداث والمواقف أو الأفكار إلى تحديد أوجه التشابه والاختلاف في تعلم المفاهيم كالفانت وشفلن ١٩٦٩. إن أطفال ذوو صعوبات التعلم يعانون من الفشل في مقارنة الأشياء، والأحداث فقد لا يميز الواحد منهم بين شيئين مختلفين، مثل القطار والسيارة مثلاً في عدة أشياء. وَفي عدة خصائص. بل أحياناً يكتفون بخاصية واحدة فقط مثل اللون، أو الحجم، أو الشكل، فيقولون في خصائص السيارة والقطار بأنهما يشتركان أو يتشابهان في أن لكل منهما عجلات. ويهملون الوظيفة الأساسية لهما وهي النقل مثلاً.

أما الأطفال العاديون وخاصة في سن ما بعد الخامسة (سن دخول المدرسة وما

---

(١) صعوبات التعلم ـ مرجع سابق من ص ١٧٢ ـ ص ١٧٧.

بعدة ـ إلى السنة الثانية قد تدربوا على التأمل في الصور والأشكال ومحاولة التركيز على الخصائص الأساسية في الشكل أو الصورة، وتدربوا على كيفية فهم الصور وكيف يرتبونها في تسلسلها الصحيح، وكيف يتوقعون ما يستقبل من أحداث، وكيف يسترجعون في أذهانهم بعض المعلومات.

ومن أساسيات التفهم السليم في عملية القراءة مثلاً نمو الفكر والقدرة على التخيل والقدرة على التعبير بصفة عامة.

إن عملية القراءة: هي في الحقيقة عملية تمييز بين رسوم سواء كان التمييز بالصورة العامة للكلمة أم الصورة التفصيلية للحروف.

هذا بعد نضجهم الجسمي واللغوي والعاطفي الخ.

فالكتابة العربية تشتمل على حروف يشبه بعضها بعضاً إلى حد كبير. فالفرق بين الباء والثاء وبين التاء والثاء، والراء والزاي. . الخ نقطة واحدة.

لذا يجب على المعلمين تنمية القدرات في هذه الناحية التمييز بين أشكال الأبنية وقطع الأرض، وبين المربع والمستطيل، وبعدها إلى التمييز بين الحيوانات ثم التمييز بين الحروف. وأيضاً تسلسل الأحداث من خلال قصص شيقة.

إلاّ أن هذه القدرة قد لا تتوفر لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم.

ثالثاً: تحديد العوامل المشتركة ضمن مجموعة من الأشياء:

تصنف الأشياء وتجمع على أساس من العوامل المشتركة فيما بينها وتعتبر هذه المرحلة مفتاح تشكيل المفاهيم. ويطلق على هذه المرحلة المرحلة الثالثة.

إن الأطفال ذوو صعوبات التعلم والذين يعانون من صعوبة في تشكيل المفاهيم وتجميعها وتنظيمها، إذ إنهم يقومون بالتصنيف والتجميع للأشياء بشكل عشوائي من خلال الأسلوب القائم على المحاولة والخطأ ـ بالربط غير المناسب فيما بينها.

ومن المعروف أن هناك ثلاثة مستويات عليا لتجميع الأشياء وهي: المستوى المحسوس والمستوى الوظيفي والمستوى المجرد.

فالأطفال ذوو صعوبات التعلم والذين يعانون من أداءٍ متدنٍ في المستوى المحسوس يميلون إلى تجميع الأشياء على أساس اشتراكها بمظاهر خارجية محسوسة (ستراوس ولتن ١٩٦٥).

ويمكن أن يتم التجميع العادي (التقليدي) على أساس اللون أو الحجم أو الملمس.

أمّا المستوى الأعلى في التصنيف (المستوى الوظيفي) فيتمثل وفقاً للاستخدام أو الوظيفة مثل الأكل واللباس واللعب بالشيء أو القيادة.

أما المستوى المتقدم جداً (المستوى المجرد) فيتمثل في معرفة العوامل المجردة التي لا يمكن مشاهدتها.

فالأطفال الذين يعانون من إصابات مخية أو صعوبات في اللغة الشفهية، غالباً ما يعانون من صعوبة تعلم في المفاهيم اللفظية المجردة مثل لفظة الحرية.

رابعاً: تحديد المحطات أو القواعد التي تستخدم في التعرف على ما يتضمنه المفهوم أو يستبعد منه:

إن الخطوة الرابعة في تشكيل المفهوم تكمن في القدرة على تحديد المحك أو القاعدة أو القانون من أجل تحديد ما يتضمن المفهوم أو يستبعد منه. (أوزوبل Ousubel ١٩٥٨).

فالطفل الذي يتمكن من إلحاق الشيء بصنفه فإن لديه إمكانية عالية في تطبيق المفهوم بشكل مناسب. أما إذا لم يستطع الطفل من تطيق القانون أو القاعدة تطبيقاً صحيحاً (أي إلحاق الشيء بصنفه) فإن سلوكه يكون مضطرباً ويلحق بالأطفال غير العاديين.

خامساً: التحقق من مصداقية المفهوم، والمعيار أو القوانين:

إن تطبيق القواعد والقوانين والمحطات في مواقف وأشياء وأحداث وأفكار يدل دلالة واضحة على المدى التي وصل إليه الأطفال ذوي صعوبة التعلم. فالأطفال ذوو صعوبة التعلم والذين يشكلون مفاهيم خاطئة يجب أن يدربوا على كيفية التحقق من

صدق تلك المفاهيم بعد أن يدربوا على كيفية تطبيق هذه المفاهيم. فإذا فرض بعض الأطفال فرضيات حول تصنيف حيوان من الحيوانات مثلاً، فغالباً ما تكون فرضياتهم غير صحيحة ويواجهون صعوبات في فحص هذه الفرضيات أسوة بالأطفال العاديين، وذلك بسبب عجزهم اللغوي، لذا يجب أن يدربوا تدريباً لغوياً لمساعدتهم على الاستدلال وحل الشكلات.

سادساً: تعديل المفهوم:

على الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم أن يحاولوا تعديل القوانين بما يتلاءم مع المفهوم. وإذا لم يحاولوا ذلك فإنهم سيستمرون في أدائها بشكل غير ملائم.

هذا إذا لم يثبت صدق المحطات أو القواعد أو القوانين.

العنصر الثاني من عناصر التفكير:

حل المشكلات:

إن الأطفال ذوو صعوبات التعلم غالباً ما يفشلون في تحديد المشاكل مع أنفسهم، وذلك النقص القدرات العقلية وأساليب حل المشكلات، ونقص الاستراتيجيات المنظمة في حل المشكلات (ماركر Marker ١٩٨١).

ولذلك يجب مساعدة الأطفال ذوي صعوبات التعلم في تكوين وتطوير الاستراتيجيات التي تمكنهم من الاستجابة بشكل أو بآخر لمشكلات الحياة اليومية.

ولقد تم وصف أساليب حل المشكلات بطرق عديدة:

منها: سلوك المحاولة والخطأ، والسلوك الاندفاعي والسلوك الانعكاسي، وسلوك الطموح الخلاق، والتفكير الأصلي، والتفكير المباشر والمنطقي والتفكير الاستقرائي والاستنتاجي[1].

---

(١) راجع ـ صعوبات التعلم ـ مرجع سابق ص ٢٠١، ٢٠٢.

وعلى الرغم من اختلاف التربويين في وصف حل المشكلات، إلا أنهم اتفقوا حول الديناميات التي تدخل في عملية التفكير، (ديوي Dewey ١٩٣٣) (أسبورن Osburn ١٩٦٣).

وقد وصف التربويون ست مراحل لحل المشكلة وهي:

١ ـ إدراك وجود مشكلة.

٢ ـ تقرير حل المشكلة.

٣ ـ تحليل المشكلة.

٤ ـ تشكيل أساليب بديلة.

٥ ـ فحص الأساليب البديلة.

٦ ـ حل المشكلة.

أنواع التفكير:

سنتطرق إلى نوعين من أنواع التفكير هما:

١ ـ تفكير استدلالي بمعنى أنه موجه.

٢ ـ تفكير اجتراري: بمعنى أنه غير موجه (تخيلي).

تعديل أخطاء التفكير:

لاحظ بعض العلماء المعالجين لسلوك الأطفال أن مشكلات الأطفال السلوكية والنفسية لا تنقص عن الطريقة التي يفكرون بها، بل هي نتيجة مباشرة للطريقة التي يفكرون بها ومنهم:

Beak et al, 1978 - Ellis, 1977 Free man & Dauis, 1991 - Herbert, 1987 - Meichenbaum, 1977.

ولوحظ أيضاً، أن الأقوال التي يرددها الطفل عندما يواجه موقفاً معيناً، هو مصدر رئيسي من مصادر الاضطراب لديه.

لذا يركز العلماء المعالجين للسلوك المعرفي على أساليب إدراك الطفل أكثر من التركيز على المشكلة نفسها.

خامساً: صعوبات اللغة الشفهية (التحدث والكلام):

تعتبر اللغة الشفهية رموزاً يستخدمها الأفراد ليمثلوا أفكارهم في كلمات وجمل ومن أجل فهم ما يقوله الآخرون.

ويولد الطفل وهو مزود بنزعة فطرية لتعلم اللغة كما يتعلم المشي والأكل.. الخ.

لذا فإن الصعوبات والتأخر في تعلم اللغة قد ينتج عن بعض الاضطرابات البيولوجية تتدخل في القدرة على تعلم الكلام.

وقد ادعى (سكنر Skinner 1957 وهو أحد السلوكيين: بأن اللغة هي سلوك لفظي، وبناء عليه تتطور وتنمو من خلال المثيرات البيئية كغيرها من السلوكيات الأخرى.

فالطفل يتعلم الكلام عن طريق التقليد، وكذلك التعزيز. أما الطفل الرضيع فلا يوجد لديه سلوك لفظي مفهوم، ولكنه من خلال المناغاة والتقليد والتعزيز الفارقي يتعلم الفهم واستخدام اللغة.

ومن خلال التفاعل الدائم والتام بين الطفل والإخوة والأهل، وإظهار الاستجابة لما يقوله الطفل تنمو لغتهم المنطوقة شيئاً فشيئاً.

هذه الاستجابة للأصوات المسموعة، وألفاظ الطفل نفسه تسهم في فهم واستخدام رموز اللغة التي يتعرضون لها في الحياة اليومية. فإنك تلاحظ الطفل بين شهره الثاني والثالث يدير رأسه إلى مصدر الصوت، عندما يرن الجرس أو يخرخش له أهله ليسكتوه إذا كان يبكي.

وقد عرَّف بلوم وَ لاهي (Bloom and Lohey ١٩٧٨) اللغة بأنها معرفة الرموز التي تمثل الأفكار من خلال نظام تقليدي تستخدم فيه إشارات اعتباطية من أجل التواصل.

مراحل تطور اللغة:

المرحلة الأولى: مرحلة الأصوات الانعكاسية. والتي يتم فيها الصراخ ونفخ الهواء الانعكاسي من الرئتين، حيث يصدر أصواتاً عندما يمر الهواء فوق الثنايا 1956) Berry and Eisenson).

المرحلة الثانية: مرحلة المناغاة، وتظهر في حوالي الأسبوع السادس أو السابع من عمر الرضيع.

ويظهر ذلك عند القرقرة، وإصدار أصوات عشوائيةٍ. وفي هذه المرحلة فإن أصوات الحروف المتحركة من المرجح أن تظهر قبل الحروف الساكنة.

المرحلة الثالثة: المرحلة اللّالية أو إعادة الأصوات مثل ترديد كلمة (با ـ با ـ با)، ويعزز ذلك من خلال سماع الطفل لصوته الذاتي، ومن خلال تقليد الطفل للآخرين، ، ومن خلال شعوره بالإحساس الجسمي مثل تحرك شفتيه. . الخ.

المرحلة الرابعة: مرحلة تقليد أصوات الآخرين. (المصاداة). . . وتظهر هذه المرحلة في حوالي الشهر التاسع أو العاشر من عمر الطفل وفي هذه المرحلة يستمر الطفل في تطوير مخزون أصواته المسموعة في البيئة اللغوية.

المرحلة الخامسة: مرحلة النطق الحقيقي، والتي تبدأ فيما بين الشهر الثاني عشر والثامن عشر من عمر الطفل.

حيث إن الطفل يبدأ باستخدام أنماط الأصوات والكلمات عن قصد، وتعتبر ذلك بداية مرحلة النطق الحقيقي، وتطوير الرموز اللغوية الممثلة للأشياء والأفعال والأحداث إن الأطفال في سن الثانية أصبحوا يطورون مفردات أساسية مهمة من خلال التعبير عن أنفسهم باستخدام جمل قصيرة تتألف من كلمتين أو ثلاثة وتتطور اللغة في سن الخامسة فيصبح الأطفال يستخدمون جملاً أكثر كلمات قد تصل إلى أربع أو خمس كلمات.

صعوبات اللغة الشفهية:

يمكن تصنيف اضطرابات اللغة على أنها اضطرابات في:

١ ـ اللغة الاستقبالية.
٢ ـ اللغة الداخلية أو التكاملية.
٣ ـ اللغة التعبيرية الشفهية.
٤ ـ اللغات الثلاث السابقة (استقبالية، وتكاملية وتعبيرية).

١ ـ اللغة الاستقبالية:

تتمثل في سماع الأطفال كلام الآخرين ولكنهم لا يفهمون معنى ما يقال. وتسمى هذه الحالة بالحبسة الاستقبالية ـ والصمم اللفظي والحبسة الحسية.

وأعراض هذه الحبسة تتمثل في الفشل في ربط الكلمات المنطوقة مع الأشياء والأعمال والمشاعر والخبرات والأفكار.

٢ ـ اللغة التكاملية:

وتشمل على نمطين من سلوك اللغة التكاملية. ويسمى النمط الأول باللغة الداخلية (مايكلبست ١٩٥٤).

والكلام الداخلي (فيجوتسكي ١٩٦٢ Vygotsky).

واللغة المركزية (رتشاردسون ١٩٦٨ Richardson) والكلام في مرحلة ما قبل العمليات (بياجيه ١٩٥٩).

والنمط الثاني: ويشمل النمط الثاني على كلمات في شكل رموز.

إن الأطفال يتعلمون اللغة من خلال الإثارة اللغوية الاستقبالية. ويبدأ الأطفال في استخدام اللغة للتواصل مع أنفسهم، وتعتمد تلك المرحلة من الكلام مرحلة مهمة في التفكير.

إن الأطفال الذين يعانون صعوبة تكاملية سمعية شفهية يفهمون اللغة ولكنهم يعانون صعوبة في ربط ما سمعوه بخبراتهم السابقة ذات العلاقة.

مثال: إذ اعُرض على الطفل كوباً، فإنه يقول إن هذا كوباً ولكن حين يُسأل ماذا نفعل به، أو ماذا يحدث إذا ألقيناه على الأرض، فإنه غير قادر على الإجابة أو الاستجابة لما نقول.

٣ ـ صعوبة اللغة التعبيرية:

إن الأطفال الذين يعانون من صعوبة في اللغة الشفهية التعبيرية يفشلون في القدرة على التعبير عن أنفسهم من خلال النطق ولكلام.

هم قادرون على التعرف على الصور ولكن يعجزون عن التعبيرات الوجهية.

وقد حدد جونسون ومايكلبست ١٩٦٧، نمطين متميزين لصعوبات اللغة الشفهية والتعبيرية.

ويظهر **النمط الأول في**: صعوبة في اختيار واسترجاع الكلمات، ويعزى ذلك إلى صعوبة في الذاكرة السمعية (كالفنت وشفلين ١٩٦٩).

أو إعادة ما تمَّ سماعه (جوسون ومايكلبست ١٩٦٧).

والنمط الثاني: ويتمثل في العجز المتعلق ببناء الجمل وتركيبها، فإن الأطفال يستطيعون استخدام كلمات منفردة وعبارات قصيرة ولكنهم يواجهون صعوبة في تنظيم كلماتهم والتعبير عن أفكارهم في جمل كاملة.

ويتمثل ذلك في حذف كلمات، وتحريف كلمات، وصيغ أفعال غير صحيحة.

٤ ـ صعوبة اللغة الاستقبالية والتكاملية والتعبيرية المختلطة:

يظهر الطفل أعراضاً لجميع تلك الصعوبات وبدرجات متفاوتة.

ويتصف هؤلاء الأطفال بعجز في فهم ما يقال لهم، وتكامل واستخدام الرموز، والتعبير عن أنفسهم بشكل شفهي.

أساليب العلاج:

١ ـ تعليم اللغة الاستقبالية الشفهية:

ويتم ذلك بتعليم الطفل الاستجابة بشكل ملائم لما يسمعه. ويستدعي ذلك من الطفل أن يربط معاني الكلمات المنطوقة بالأشياء والأفعال والمشاعر والأفكار.

وعند تطوير الطفل مفرداته يجب أن يتعلم فهم عباراتٍ وجملاً وتعليمات أكثر تعقيداً.

٢ ـ تعلم اللغة الشفهية التكاملية :

ويتم ذلك بوضع الطفل في موقف لعب أو تقديم خبرات يتفاعل فيها الطفل مع العالم المحيط به.

ويجب أن يتعلم الطفل الانتباه والتمييز، والتذكر لما قاله الطفل وما سمعه وما فعله وأن يصنف الأشياء وإدراك علاقة الشيء أو الفعل بغيره ويمكن استخدام النمذجة والتقليد التدريس مهارات التكامل.

٣ ـ تعليم اللغة التعبيرية الشفهية :

ويتم ذلك عن طريق تشجيع الطفل على التعبير عن أفكاره لفظياً.

ويمكن الاستعانة بالإشارات اليدوية بجانب الاستجابة اللفظية، من خلال الربط بينهما.

ولكي يتقن الأطفال اللغة الشفهية فإنهم يجب أن يتعلموا فهم واستخدام مكونات اللغة، (علم دلالات الألفاظ وتطورها)، وتركيب الأصوات (علم أصوات الكلام). والتسلسل للكلمات (بناء الجملة وتركيبها).

جلسة مع طفلة معاقة (إعاقة عقلية)

المدرســة: رياض الخزامى للتربية الخاصة.

الموضوع: قياس المهارات الإدراكية واللغات الثلاث (الاستقبالية، والتعبيرية، والتكاملية).

الأهداف طويلة المدى:

- تقويم علل النطق والسمع والإدراك.
- تنمية المهارات والقدرات الإبداعية.
- تأهيل وتطوير مهارات النمو اللغوي.
- معالجة مشاكل التواصل الناتجة عن الإعاقة.
- إعداد الطفل للإلتحاق بالمدارس العادية.

الأهداف قصيرة المدى (أهداف الجلسة المتبعة مع الطفل):

●المهارات المعرفية الإدراكية وتشمل:	تمكن	إلى حد ما	لم يتمكن
١ ـ تدريب الانتباه في السمع، والبصر، الكلام	√		
٢ ـ تدريب التذكر (التركيز)	√		
٣ ـ تدريب الإدراك.	√		
٤ ـ تدريب التمييز.	√		
●المهارات اللغوية التواصلية وتشمل:			
١ ـ التدريب على تنظيم التنفس.	√		
٢ ـ تدريب أعضاء النطق والكلام.	√		
٣ ـ تدريب البقايا السمعية.	√		
٤ ـ التدريب على الاستقبال السمعي.	√		
٥ ـ التدريب على التمييز السمعي (فروق الأصوات)	√		
٦ ـ التدريب على تقليد الأنماط الصوتية.	√		

بسم الله الرحمن الرحيم

اسم الطفل رباعياً

هاتــف المنـــزل ....

ملاحظات الأخصائية

ملاحظات الأهل ....

....

أولاً: اللغة الاستقبالية

ملاحظات	المهارة / السلوك	لم يتمكن (الشهر)			إلى حد ما (الشهر)			تمكن (الشهر)		
		٣	٢	١	٣	٢	١	٣	٢	١
	تنظر إلى عيني وفم المتكلم.									
	ينظر ويصدر أصوات عند سماع الاسم.									
	فهم ماذا تعني كلمة (لا-لا) ويتجاوب معها.									
	يظهر فهمه للكلمات بسلوك مناسب أو إيماءه (مثل.. يؤثر - يسمي - يعطي..).									
	يميز ويشير إلى صور حيوانات مألوفة (صورأو ألعاب).									
	يشير إلى عدد من الثبات المتنوعة عن الطلب من غير استخدام الإيماءات.									
	يفهم الجمل المعقدة والمركبة مثل (يمكنك أن تأكلي الحلوى بعد عمل الواجب).									
	يستمع إلى قصص (مثل .. يكرر كلمات - يعبر عن فهمه واهتمامه).									
	يفهم عدد أكبر من الصفات (مثل.. حار بارد - نظيف- سعيد- واحد..).									
	يتعرف على عضو واحد من أعضاء الجسم.									
	يتعرف على عضوين من أعضاء الجسم.									
	يتجاوب مع الطلبات البسيطة (مثل.. أعطني قلبة) باستخدام الإيماءات.									
	يستجيب للأوامر البسيطة بدون استخدام الإيماءات (مثل.. إشرب العصير) عندما يكون العصير أمامه.									
	يشير إلى شيء واحد من مجموعة أشياء معروفة له (مثل.. أعطني القلم) بوجود قلم - مسطرة - فرشاة - مكعب).									
	يشير إلى شيئين من مجموعة أشياء معروفة له (مثل.. قلم - فرشاة) (بوجود قلم - مسطرة - فرشاة - مكعب).									
	يطيع الأوامر المكونة من جزئين مترابطين (مثل.. خذ المنديل وامسح وجهك).									
	يطيع الأوامر المكونة من جزئين غير مترابطين (مثل.. خذ الورق وأعد اللعبة إلى مكانها).									

ثانياً : اللغة التعبيرية

تمكن (الشهر)			إلى حد ما (الشهر)			لم يتمكن (الشهر)			المهارة / السلوك	ملاحظات
١	٢	٣	١	٢	٣	١	٢	٣		
									يستخدم اسمه ليشير إلى نفسه.	
									يسمي صورتين (لأشياء مالوفة تلقائياً عند الطلب).	
									يستخدم الأسماء والأفعال العادية والصفات، على الأقل ٤ متضمنة بعض الأفعال والصفات (مثل: إذهب، إفتح، نظيف).	
									يقلد تلقائياً أو يطلب معرفة كلمات جديدة.	
									يسمي (٥) صور لأشياء مالوفة.	
									يستخدم ضمائر الملكية (مثل: أنا ، لي).	
									يستخدم الكلمات التي تعبر عن الأحجام.	
									يشير إلى نفسه مستخدماً الضمائر (مثل: أنا أريد عصير..).	
									ينطق حرف جر واحد (مثل: فوق، تحت، خارج..).	
									ينطق حرفين (مثل: فوق، علي، تحت).	
									ينطق (٥) أحرف جر (مثل: فوق علي، تحت).	
									ينطق الاسم الكامل عند الطلب، عند سؤاله ما إسمك.	
									يلقي تحية الإسلام كاملة (السلام عليكم ورحمة الله وبركاته).	
									يسمي لون واحد من الألوان الأساسية المطلوبة منه (أبيض، أزرق، أحمر، أخضر، أسود).	
									يسمي لونين – ٣ ألوان أساسية (أبيض – أخضر – أزرق – أحمر).	
									يسمي شكلاً هندسياً واحداً من الأشكال المطلوبة منه (دائرة، مربع، مستطيل).	
									يسمي شكلين هندسيين من الأشكال المطلوبة منه (مربع، دائرة، مثلث).	
									يسمي ثلاثة أشكال هندسية بعد التدريب على نطقها (مربع، دائرة، مثلث).	

ثالثاً: التواصل مع الآخرين / أ: بالإيماءات

تمكن (الشهر)			إلى حد ما (الشهر)			لم يتمكن (الشهر)			المهارة / السلوك	ملاحظات
١	٢	٣	١	٢	٣	١	٢	٣		
									يودع أصدقائه ومعلمته بيده فقط (باي – باي).	
									يومي تلقائياً ليعبر عن احتياجاته باستخدام الإشارة فقط.	
									يشير إلى أشياء بعيدة في الخارج (مثل: عصفور، سيارة، لعبة).	
									يتفاعل مع أقرانه مستخدماً الإيماءات (مثل: الرفع، السحب، النزع).	

ثالثاً: التواصل مع الآخرين / ب: اللفظ

تمكن (الشهر)			إلى حد ما (الشهر)			لم يتمكن (الشهر)			المهارة / السلوك	ملاحظات
١	٢	٣	١	٢	٣	١	٢	٣		
									يستجيب لمؤثرات الصوت أو الكلام بإصدار أصوات (أي صوت..).	
									يتلفظ مقاطع ليتفاعل مع الأشخاص أو ليجذب الانتباه.	
									يخرج أصوات بشكل تلقائي للتعبير عن احتياجاته.	
									يستخدم أصواتاً مصحوبة بالإشارة والإيماءات (ليطلب، ليعبر عن شعوره..).	
									يعبر لفظياً عن رغباته واحتياجاته أثناء جلوسه على طاولة، يذكر أسماء الأشياء التي يرغبها.	
									يردد آخر كلمة قالها أحداً أمامه.	
									يحكي ما حدث له مستخدماً جملاً قصيرة.	
									يجيب عن الأسئلة.	
									يسأل أسئلة تبدأ بماذا، أين، ...	
									يشارك في القصص والحكايات.	
									يستخدم جملاً من كلمة واحدة.	
									يقلد جملة من كلمتين (مثل: مع السلامة – السلام عليكم..).	
									يستخدم جملة من كلمتين (مثل.. باي–باي – مع السلامة – السلام عليكم....).	
									يستخدم جملة مكونة من ٣ كلمات (مثل: ماما تروح للشغل..).	

رابعاً: تطور الأصوات ووضوحها.

تمكن (الشهر)			إلى حد ما (الشهر)			لم يتمكن (الشهر)			المهارة / السلوك	ملاحظات
١	٢	٣	١	٢	٣	١	٢	٣		
									تصدر أصواتاً تعبر عن الارتياح.	
									تفتح الفم عند إخراج حروف العلة (آ).	
									تتلفظ الأصوات التالية باستمرار في المقاطع ( ).	
									تحذف الأصوات الساكنة في نهاية الكلمات وبعضها في بداية الكلمات ( ).	
									تصدر مقاطع معقدة وغير مفهومة.	
									يتلفظ بأصوات غير واضحة أثناء اللعب.	
									يقلد أصوات من البيئة (مثل: حيوان، آلة، سيارة..).	
									تخرج الأصوات التالية بوضوح ( ).	
									تخرج الكلمات التالية بوضوح ( ).	
									استبدال الكلمات الغير مفهومة بكلمات مفهومة.	
									تستخدم كلمات واضحة ومفهومة بنسبة ٦٠٪ من الوقت.	
									تحاول الغناء عن طريق إصدار أصوات من الموسيقى.	
									تحاول ان تغني الأغاني بكلمات.. كلمة أو ثلاث...	
									تغني مقاطع من الأغاني.	
									تتجاوب بالعين مع المرآة.	

التعليق على القياس:

١- يلاحظ أن الطفلة تمكنت من اجتياز القياسات في أغلب وجوهها.

٢- لاحظ أن مهارات الطفلة قد تطورت كثيراً وهذا خلال ثلاث سنوات دراسية.

٣- يمكن للطفلة ان تلتحق بالمدارس العادية، وهذا راجع إلى جهود المعلمة الجبارة.

شرح صعوبات التعلم التعليمية (الأكاديمية):

صعوبات التعلم اللغوية

مهارات اللغة: فهم المسموع والتحدث بالكلام أو اللغة الشفوية.

أصعب المهارات: القراءة، الكتابة.

أولاً: الصعوبات الخاصة بالقراءة:

يبدأ الأطفال تعلم القراءة في الصف الأول الابتدائي ويعتبر الفشل في تعلم القراءة مشكلة كبرى من مشاكل الأطفال ذوي صعوبات التعلم.

وقد أظهرت دراسة مسحية قام بها كل من كيرك وإلكنز (Kirk and Elkens ١٩٧٥) لبرامج صعوبات التعلم بأن ٦٠ ـ ٧٠٪ من الأطفال المسجلين في تلك البرامج (البرامج المدرسية) كانوا يعانون من صعوبة في القراءة.

أنواع تعليم القراءة:

هناك ثلاثة مستويات في تعلم القراءة وهي:

١ ـ قراءة نمائية.
٢ ـ قراءة تصحيحية.
٣ ـ قراءة علاجية[١].

١ ـ القراءة النمائية:

يتعلم معظم الأطفال القراءة في ضوء الطرق النمائية أو التقليدية. وفق سرعة وخطوات محددة.

٢ ـ القراءة التصحيحية:

تحدث خطوات التصحيح في القراءة (أي في العادات السيئة في القراءة).

فإن الطفل يحتاج إلى مساندة في إكساب الطفل مهارات التعرف على الكلمة أو في فهم المفردات أو في أصوات الحروف، أو في سرعة القراءة.

٣ ـ القراءة العلاجية:

تتعرض تلك القراءة (القراءة العلاجية) إلى الإجراءات والأساليب المستخدمة

---

(١) راجع ـ صعوبات التعلم ـ مرجع سابق ص ٢٠١ ـ ٢١٥.

مع الأطفال الذين ما زالت مهارات القراءة عندهم غير متطورة بعد تعريفهم للقراءة النمائية وكذلك القراءة التصحيحية.

معالم التقييم غير التحصيلي:

يقوم المدرس في التقييم غير التحصيلي.

أولاً: بالتعرف على الطفل الذي ينخفض مستواه في القراءة بالشكل الملحوظ عن مستوى صفه.

ثانياً: يلاحظ المدرس أخطاء الطفل ونمط قراءته.

ثالثاً: يحاول المدرس أن يحدد قدرات الطفل اللازمة لتعلم القراءة في مستوى الصف المناسب.

رابعاً: يحدد المدرس درجة التباين والتفاوت ما بين إمكانات الطفل ومستوى القراءة.

خامساً: يحاول المدرس أن يحدد العوالم التي تسهم بدورها في انخفاض تحصيل الطفل في القراءة.

سادساً: يضع المدرس البرنامج التربوي العلاجي، بعد الاستفادة من مجمل المعلومات التي جمعها.

ملاحظة: من أخطاء الطفل الملحوظة التي يجب بحثها:

١ ـ أن الطفل لا يملك طريقة منظمة في تفسير الرموز.
٢ ـ أن الطفل ليس لديه إمكانية لتعلم القراءة.
٣ ـ العوامل التي تسهم وتعيق تحصيله في القراءة.

وهناك عدة عوامل تؤخذ في الاعتبار في تقدير القدرات الكامنة للقراءة وهي:

١ ـ العمر الزمني.
٢ ـ فهم القراءة المسموعة.
٣ ـ التحصيل في العمليات الحسابية.
٤ ـ النضج العقلي.

تحديد الأخطاء في القراءة:

لكي نحدد الأخطاء في القراءة يجب أن نلاحظ.

أولاً: عادات القراءة عند الطفل. مثل نمط قراءة الطفل والصعوبات التي يواجهها.

ثانياً: تطوير طرق تفسير رموز الكلمات ومهارات تفسير الرموز ومنها:

أ ـ الطريقة الجزئية في تفسير الرموز.

ب ـ طريقة استخدام الأصوات في تفسير رموز الكلمات.

جـ ـ طريقة استخدام المقاطع.

أخطاء تصدر عن بعض الأطفال في القراءة:

منها ما يلي:

١ ـ **الحذف**: حذف بعض الكلمات، وأحياناً حذف أجزاء من الكلمة المقروءة. مثل حذف التاء من كلمة (ذهبت إلى المدرسة) وتقرأ ذهب إلى المدرسة.

٢ ـ **الإدخال**: أحياناً يدخل الطفل كلمة إلى سياق الجملة ليست موجودة في الكلمة.

٣ ـ **الإبدال**: أحياناً يقوم الطفل بإبدال كلمة بأخرى. مثل: محمد طالب ممتاز بدلاً من محمد طالب مجتهد.

٤ ـ **التكرار**: بعض الأطفال يكررون كلمات أو جمل خاصة عند مصادفتهم كلمة لا يعرفونها.

مثل: حضرت إلى المتحف.

فقد لا يستطيع معرفة كلمة متحف فيقول: «حضرت إلى.. حضرت إلى... وهكذا.

٥ ـ حذف أو إضافة أصوات إلى الكلمة التي يقرأها.

٦ ـ الأخطاء العكسية.

٧ ـ القراءة السريعة وغير الصحيحة. قد يقرأ بعض الأطفال الكلمات بطريقة سريعة، ومن ثم تكثر أخطاؤهم.

٨ ـ القراءة البطيئة: القراءة كلمة ـ كلمة. وهذه قد تكون عادة عندهم، تظهر عند التركيز على تفسير الرموز.

٩ ـ **نقص الفهم**: ويكون ذلك عند التركيز على تفسير الرموز، وإهمال التركيز على المعنى.

العوامل التي تسهم في صعوبات القراءة:

من تلك العوامل المعيقة لعملية تعلم القراءة ما يلي:

١ ـ العوامل الجسمية.

٢ ـ العجز البصري.

٣ ـ العجز السمعي.

٤ ـ العوامل النفسية.

الشـــرح:

١ ـ يدخل ضمن العوامل الجسمية: العجز البصري والعجز السمعي، وسوء التغذية واضطرابات الاتجاه.. الخ.

٢ ـ قد يسبب العجز البصري مشكلة قرائية ـ وذلك بسبب وجود خلل في عضلات العين، ومركز الذاكرة البصرية والتي تقع في الجانب الأيسر من الدماغ.

٣ ـ يجب تعديل الأساليب المستعملة في تعليم القراءة وذلك بتصحيح العوامل التي تسهم في إحداث المشكلة.

٤ ـ من الصعوبات النمائية النفسية ما يلي:

١ ـ اللغة.

٢ ـ الانتباه.

٣ ـ الوظائف السمعية.

٤ ـ التصور أو الذاكرة البصرية.

١ ـ بعض الأطفال يفتقرون إلى لغة كافية، أو غير قادرين على الكلام، أو غير قادرين على تنظيم أفكارهم. وبعضهم تكون لديه صعوبة في القواعد.

٢ ـ من الملاحظ أن الأطفال الذين يفتقرون إلى التركيز على المادة القرائية، يعانون من صعوبة في تعلم القراءة.

٣ ـ هناك علاقة بين صعوبة القراءة والوظائف السمعية.

ويظهر من الأبحاث التي أجريت أن الأطفال الذين يعانون من صعوبة في ربط الأصوات ومزجها (التركيب السمعي) تكون لديهم صعوبة في تعلم القراءة.

ما هو دور المدرس في هذا المجال:

إن قدرة أطفال ذوي صعوبة التعلم في تفسير الرموز (رموز الكلمات) تكون ضعيفة، إذن: لا بد من وضع طريقة لفحص هؤلاء الأطفال. وهي:.

طريقة فحص الطفل الذي يعاني من صعوبة في القراءة وتكون لديه معوقات سمعية:

١ ـ أبدأ بالكلمات المكونة من صوتين مثل أ ـ ب مع الفصل بينهما بفاصل زمني بسيط يقدر بثانية.

٢ ـ فإذا ربط الطفل بين الصوتين، أقدم للطفل ثلاثة أصوات مثل: ق ـ ر ـ أ، ومن أربعة أصوات ي ـ ك ـ ت ـ ب. فإذا ربط ثلاثة أصوات وأربعة بفاصل زمني قدر ثانية يتوصل الطفل إلى عدم وجود صعوبة لديه في ربط الأصوات.

٣ ـ إذا فشل الطفل في ربط الأصوات ومزجها وغير قادر على التعلم بالطريقة البصرية أيضاً، يكون الطفل عندها بحاجة إلى التدريب السمعي في ربط الأصوات.

الذاكرة البصرية وتعلم القراءة:

سبق وأن قلنا إن مركز الذاكرة البصرية يقع في الجانب الأيسر من الدماغ، وأي خلل فيه يؤدي إلى ضعف بصري ومن ثم إلى ضعف في تعلم القراءة.

طريقة لفحص الذاكرة البصرية:

ويتبع في ذلك الإجراءات التالية:

١ ـ أكتب أي كلمة على السبورة مثل كلمة «محمد» ثم أسأل الطفل قراءتها، فإذا لم يعرف قراءتها أخبره بها، وأطلب منه قراءتها مرة أخرى.

٢ ـ أُبعد الكلمة واسأله أن يسترجع الكلمة من الذاكرة، فإذا وجد أن الطفل يعاني من مشكلة في استرجاع الكلمة من الذاكرة، وحتى بعد رؤيتها مرتين أو ثلاثة أو أربعة فإنه يواجه صعوبة في تعلم القراءة.

٣ ـ لذا يجب أن يعد لهؤلاء الأطفال برنامجاً لهذا الأمر، وتدريبهم على موضوع القراءة، بنفس الإجراءات السابقة أثناء الفحص.

الطرق العلاجية في تفسير الرموز:

هناك طرق عدة للعلاج، منها:

١ ـ **الطريقة الصوتية**: بأشكالها المختلفة: وتستخدم مع الأطفال الذين لا

يقدرون على تفسير رموز الكلمات. وقراءتها بالطرق العادية.

٢ ـ الطريقة الحسِّية ـ الحركية: وتستخدم مع الأطفال الذين لم يسبق لهم تعلم القراءة.

٣ ـ أما الأطفال الذين لديهم صعوبة في تعلم القراءة أو بمعنى لديهم مشكلة في تفسير المادة المطبوعة.

فإن الطريقتين السابقتين لا تكونان نافعتين لهم. لذا فإنهم بحاجة إلى طرق أخرى للعلاج منها:

طريقة «VAKT» المتضمنة استخدام أربع حواس حسب حروف الكلمة (أسلوب VAKT).

فالحرف V يمثل الحاسة البصرية: Visual.

والحرف A يمثل الحاسة السمعية: Auditory.

والحرف K يمثل الحاسة الحسية ـ الحركية Kinesthetic.

والحرف T يمثل الحاسة اللمسية Tactile.

وهذا الأسلوب يسمى الأسلوب متعدد الحواس. فإن استخدام حاستين أو ثلاثة أفضل من استخدام حاسة واحدة.

فعند استخدامه حاسة السمع.. ينطق بالكلمة التي سمعها.
فعند استخدامه حاسة البصر.. يشاهد الكلمة.
فعند استخدامه حاسة اللمس.. يتتبع بأصبعه الكلمة.
فعند استخدامه حاسة الحركة والحس.. يتتبع الكلمة إجمالاً.

وهناك طرق عدة استخدمت في العلاج منها:

١ ـ طريقة فيرنالد Fernald Method.

٢ ـ طريقة جلنجهام Gillingham Method.

٣ ـ تدريبات (هج ـ كيرك) كيرك للقراءة العلاجية Rhe hegge - Kirk - Kirk remedial Reading drills.

١ ـ طريقة فيرنالد : Fernald Method .

تتمشى هذه الطريقة مع الطريقة الحسِّية ـ الحركية لتدريس مادة القراءة والتهجئة.

وتدمج هذه الطريقة الخبرة اللغوية وأساليب التتبع في أسلوب متعدد الحواس.

خطوات الطريقة:

١ ـ ينطق التلاميذ الكلمة.

٢ ـ يشاهدون الكلمة المكتوبة.

٣ ـ يتتبعون الكلمة بأصابعهم.

٤ ـ يكتبون الكلمة من الذاكرة.

٥ ـ يشاهدون الكلمة مرة أخرى.

٦ ـ ويقرؤون الكلمة قراءة جهرية أمام المدرس.

ويتم في هذه الطريقة تعليم الكلمة ككل دون أصوات. وتتضمن هذه الطريقة أربع مراحل تدريبية:

المرحلة الأولى: يكتب المدرس الكلمة على السبورة ثم يقوم الطفل بتتبع الكلمة بأصبعه، وينطق بكل جزء من أجزاء الكلمة أثناء تتبعها. ويتدرج في ذلك ويكرر المحاولة حتى يكتب الكلمة دون النظر إلى أصلها.

أو بطريقة أخرى، ينطق الطفل بالكلمة، ومن ثم تُمسح الكلمة، ويحاول الطفل كتابتها من الذاكرة وبهذا يتم تدريب الطفل على الكتابة من الذاكرة البصرية.

المرحلة الثانية: في هذه المرحلة يتقدم الأطفال في قراءة الكلمات بأنفسهم، ويستمرون في ذلك حتى يكتبوها من الذاكرة.

وهي مرحلة متقدمة عن المرحلة السابقة.

المرحلة الثالثة: في هذه المرحلة يتعلم الطفل أكثر، ويعتمد على نفسه، وذلك بقراءة الكلمة المطبوعة وكتابتها مباشرة، ويتكرر ذلك من قبلهم عدة مرات، ومن ثم كتابتها بطريقة سريعة دون النظر إلى الكلمة الأصلية، ويكونوا بذلك قد طوروا ذاكرتهم البصرية.

المرحلة الرابعة: وهي مرحلة التعميم، أي قراءة وكتابة الكلمات الجديدة من خلال تشابهها مع كلمات قديمة أو سابقة، وفي هذه المرحلة يجب تقديم مادة قرائية تكون كافية ليتمكن الطفل من تطوير مفاهيمه والتي تساعده على معرفة كلمات جديدة.

وتستخدم تلك الطريقة منذ سنوات عديدة منذ عام ١٩٢٠ م وهي مستمرة حتى الآن، وإن دلَّ ذلك على شيء فإنّما يدل على صدقها، وهي تستخدم مع الأطفال الذين مستوى ذكائهم عادياً ولديهم صعوبة شديدة في تعلم القراءة.

ثانياً: طريقة جلنجهام: Gillingham Method:

تسمى هذه الطريقة بالطريقة الهجائية، ولقد استخدم فيها أسلوباً متعدد الحواس في القراءة والكتابة والتهجئة في تدريس الحروف الهجائية ولقد تم تطوير الطريقة في الثلاثينيات كطريقة تعليمية.

طريقة الاستعمال:

١ ـ أن يقدم صوت واحد في كل مرة، مستخدماً أسلوب متعدد الحواس. يشاهد الطفل الحرف، ويسمع الصوت الذي يمثله ويتتبعها وفقاً لحركات اليد، ومن ثم يكتبها.

وبهذه الطريقة يتم استخدام النماذج البصرية والسمعية، واللمسية والحسية ـ الحركية.

ولقد أطلق عليها أيضاً، الطريقة الترابطية، لأنها تتألف من ثلاثة أجزاء. وهي:

١ ـ ربط الرمز البصري مع اسم الحرف.
٢ ـ ربط الرمز البصري مع صوت الحرف.
٣ ـ ربط إحساس أعضاء الكلام في تسمية الحروف أو أصواتها.

وتحاول هذه الطريقة ربط النماذج البصرية، والسمعية، والحسية ـ العضلية.

وقد قام سلنجرلاند: Slingerland بتعديل هذه الطريقة عام ١٩٧٤ م، وسمَّاها «أُسلوب الحواس المتعددة لفنون اللغة للأطفال ذوي الصعوبات اللغوية المحددة».

ولقد قدم سلنجراد دليلاً للمعلم، ومجموعة من مواد التدريس المساعدة لمدرسي الصفوف الأولى.

إلاَّ أن طريقة جلنجهام وتعديل سلنجراد قد واجها عدة انتقادات وقد دافع عنهما آخرون، إلاَّ أنهما حققا نجاحاً كبيراً.

ثانياً: الصعوبات الخاصة بالكتابة:

يبدأ الأطفال في سن مبكرة بأسلوب الخربشة Scribbling، وذلك تقليداً منهم لإخوانهم الكبار. جهلاً منهم لما يفعله الكبار، فالكبار يستخدمون الرموز ليصلوا بها إلى معانٍ محددة، والصغار يقلدون بدون هدى. ويفرغون ذلك على الجدران والأثاث ودفاتر إخوانهم الكبار.

وهناك نمطان من الكتابة وهما:

١ ـ الكتابة بحروف منفصلة (شبيهة بالمادة المطبوعة وتدعى (Manuscript).

٢ ـ الكتابة بحروف متصلة (الكتابة اليدوية) وتدعى (Cursive).

طريقة الكتابة بحروف منفصلة تناسب الأطفال في سن الصف الأول والثاني. أما الطريقة الثانية (الكتابة بحروف متصلة فتناسب الأطفال الكبار. لكن الطريقة الأولى هي التي أثبتت نجاحاً، وقد تحولت المدارس إليها إيماناً منهم بأنها:

١ ـ سهلة التعلم.

٢ ـ أكثر وضوحاً.

٣ ـ الطريقة المفضلة من قبل الأطفال ذوي الإعاقة الحركية.

٤ ـ تحتاج إلى حركات أقل لتشكيل الحروف في الكلمات.

العوامل المساهمة في صعوبات التعلم:

هناك شروط لتعلم الطفل الكتابة منها:

١ ـ أن يكون الطفل ناضجاً عقلياً.

٢ ـ أن يكون لدى الطفل استعداداً واهتماماً بالكتابة.

٣ ـ أن تكون لديه القدرة على تطوير التناسق الحركي، والتناسق الحركي ـ

البصري، والتوجه ـ المكاني ـ البصري والتمييز البصري، والذاكرة البصرية.

٤ ـ تطوير صورة الجسم وضبطه بما يخدم الكتابة.

٥ ـ تطوير مفهوم الكتابة من اليمين إلى اليسار.

ومن الذين تعرضوا للصعوبات التي يواجهها الطفل في الكتابة (هيلدرث)، وقد قسمت (هيلدرث Hilderth ١٩٣٦) هذه الصعوبات إلى مجموعتين كبيرتين:

المجموعة الأولى: صعوبات تنتج عن المدرس الضعيف وعن البيئة غير المناسبة.

ويرتبط بذلك: التدريس القهري، وعدم الإشراف المناسب، والتدريس الخاطىء، والانتقال من أسلوب إلى آخر مباشرة أو بدون تمهيد لذلك.

المجموعة الثانية: صعوبات تنتج عن الطفل نفسه.

مثل: عجزه عن الضبط الحركي، وعجزه في الإدراك المكاني والبصري. والعجز في الذاكرة البصرية، واستخدام اليد اليسرى في الكتابة.

ومن العوامل المساهمة في صعوبات الكتابة ما يلي:

أولاً: اضطرابات الضبط الحركي:

من الأعضاء التي يتطلبها تعلم الكتابة، الذراعين والرأس والأصابع، فلا بد لتعلم الكتابة من ضبط وضع الجسم، والتحكم في حركة الرأس وبقية الأعضاء التي ذكرتها. (ميكانيكا الكتابة) وضع الجسم تعني الجلسة الصحيحة عند الجلوس للكتابة، وضع القدمين على الأرض مع الفخذين بزاوية قائمة، الجذع إلى الوراء على مسند الكرسي، الذراعين على الطاولة وعلى استقامة مع اليد الخ لذلك فإن العجز في استعمال تلك الأعضاء يؤدي إلى العجز في الكتابة.

ولا يجوز أن نغفل العامل الحقيقي في الحركة وهو المخ ـ فالعجز الوظيفي للمخ المتصل بالكتابة، وهو ما يعرف الكتابة الديسغرافيا Dysgraphia في هذه الحالة يعجز الطفل تذكر التسلسل الحركي لكتابة الحروف والكلمات.

وقد أرجع جولدستين Goldstein ١٩٤٨ م.

العجز الوظيفي الحركي في الكتابة إلى ما يسمى بعجز الكتابة الأولى.

ومن مظاهر هذا العجز التي ذكرها (جولدستين):

١ ـ نقص الدافعية والإثارة.

٢ ـ تعطل تشكيل الحروف.

٣ ـ تعطل النسخ.

٤ ـ صعوبة معرفة وإدراك الحروف.

٥ ـ صعوبة تجديد الأخطاء في الكتابة غير الصحيحة للحروف.

٦ ـ تقليل وخفض المدخلات الحسية عن طريق اللمس والحركة.

مثل: نقص الإحساس في الأصابع يؤدي إلى صعوبة في تعلم مسك القلم، واستخدام أدوات الكتابة والرسم.

لذا أكد (لارسن) larsen ١٩٧٠ . على ضرورة تطور السلوك الحركي الإدراكي عن طريق تدريبات وتمارين خاصة، تستخدم الحركات العضلية الكبيرة في الكتابة مثل: فوق، تحت، أمام ـ يمين ـ يسار وبالعكس.

وقد استخدم مادسون (Madison ١٩٧٠ م).

طريقة الرسم بالأصابع لتطوير الحواس اللمسية والحسية ـ الحركية في إنتاج أشكال الصور والحروف.

ثانياً: اضطرابات الإدراك البصري:

من مقتضيات تعلم الكتابة أن يفرق الطفل ويميز بصرياً بين أشكال الحروف والكلمات والأعداد. إن قدرة الطفل على التمييز بين حرفين مثلاً ع وَ ح تتطلب معرفة السِّمة والمعلم الرئيسي لكل منهما. وهذه المعرفة تتركز في التعرف على اتجاه كتابة الحرف، وهل هو فوق السطر أم جزء منه أسفل وجزء أعلى.. الخ فالطفل الذي يعاني من صعوبة في تمييز الحروف والكلمات بصرياً لديه أيضاً صعوبة في إعادة كتابتها أو نسخها بدقة (جونسون ومايكلبست Johnson and Myklebust ١٩٦٧ م).

ومن مظاهر العجز في العلاقات المكانية ـ البصرية صعوبة في تمييز اليمين من اليسار، والعكس (م وَ) (كيفارت Kefhart ١٩٧١ م) ومن الصعوبات الأخرى لدى هؤلاء الأطفال: صعوبة مطابقة الأشكال الهندسية، وتمييز الخط الأفقي من

العمودي، ونسخ الأشكال والحروف والأعداد والكلمات، والقراءة الخ.

اضطرابات الذاكرة البصرية:

إن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في الذاكرة البصرية يعانون من صعوبة في تعلم الكتابة.

إن هؤلاء الأطفال يعانون من صعوبة في إعادة التخيل والتصور.

بعض الأطفال على الرغم من سلامة الحاسة البصرية يعانون من فقدان الذاكرة البصرية Visual Agnsia بمعنى أنهم لا يتمكنون من التعرف على الحرف أو الكلمة بصرياً ولكن يستطيعون التعرف على الحرف أو الكلمة من خلال حاسة اللمس عن طريق التتبع.

ثالثاً: استخدام اليد اليسرى:

هناك ما نسبته ٩٠٪ من الأطفال ما يستخدمون اليد اليمنى و ٩,١٨٪ يستخدمون اليد اليسرى، في حين أن ما نسبته ١ أو ٢٪ يستخدمون كلتا اليدين[١].

ومن الملاحظ أن استخدام اليد لا يثبت حتى يبلغ الطفل عدة سنوات، وبعدها نجد الطفل يفضل يداً عن يد، فلربما فضل يده اليسرى أو طور استخدام يده اليمنى (Dextral Sinistral).

إن استخدام اليد اليسرى لا يؤدي إلى صعوبة في الكتابة، فكم طفل بدأ الكتابة بيده اليسرى واستمر عليها مدة طويلة ولم يجد صعوبة في الكتابة. فإذا وجد المدرس أحداً من طلابه يستخدم اليد اليسرى فلا يعتبر ذلك فشلاً، أو يؤدي إلى صعوبة. ولكن الفشل والصعوبة يكون في طريقة المدرس إذا لم يصحح كتابة الطفل في المراحل المبكرة.

وكذلك على الأسرة مهمة تصحيح استخدام اليد اليسرى للطفل من خلال الجلوس، وتناول الأشياء، فالواجب أن تجلس الأم أو الأب على يمين الطفل، وتناوله الملعقة أو الشيء من ذلك الجانب، وتحاول ذلك عدة مرات ولا تعجل

---

(١) صعوبات التعلم ـ مرجع سابق ص ٣٠٦.

عليه ـ بل بالتدريج يمكن أن تشجعه على استخدام اليد اليمنى.

توجيهات للآباء والمعلمين:

١ ـ إذا كان الطفل يستخدم كلتا يديه: يجب تشجيع الطفل على الكتابة باليد اليمنى، وتدريبه في البيت أيضاً على استخدام اليد اليمنى أثناء تناول الأشياء.

٢ ـ إذا كان الطفل يستخدم يده اليسرى: فلا ننصح بمحاولة تغيير استخدام اليسرى المفضلة. فلربما قاد ذلك إلى عكس الحروف أو الأعداد.

مثال: إذا تعود الطفل كتابة العدد (٣) بيده اليسرى فإنه سيكتبه معكوساً هكذا (٣) بيده اليمنى.

بعض الأطفال في الكتابة المتصلة (Cursive) يعمدون إلى تمييل الورقة أو تحريفها إلى اليسار، حتى يستطيع أن يشاهد ما كتب، وكذلك الأطفال الذين يستخدمون اليد اليمنى في الكتابة يقومون بتحريف الورقة إلى الجهة اليمنى.

في حين أن الأطفال الذين يستخدمون إحدى يديهما يضعون الورقة أمامهم مباشرة، وخاصة في الكتابة المنفصلة.

تقييم اليد المفضلة في الكتابة:

لا يلتفت إلى اليد المفضلة في الكتابة إلاَّ حين تظهر مشكلة عند الطفل. بمعنى أنه لن تكون عند الطفل مشكلة في الكتابة ـ مثل عدم القدرة على الكتابة بوضوح أو الكتابة بأخطاء عكسية إلاَّ إذا كتب بيد غير مفضلة.

إلاَّ أننا كمسلمين نفضل استعمال اليد اليمنى ونعود الطفل عليها، ونشجعه دوماً على استعمالها.

فاليد المفضلة هي اليد التي يستعملها بسهولة والسرعة والوضوح المطلوب.

علاج صعوبات الكتابة:

من الضروريات المطلوبة في الكتابة:

١ ـ المهارات الحركية ـ البصرية.

٢ ـ تشكيل الحروف.

من المهارات الحركية البصرية التي ذكرها Faas فاز (١٩٨٠) ما يلي:

١ ـ مهارات ما قبل الكتابة:

أ ـ مسك واستخدام أدوات الكتابة ووضع الورقة.
ب ـ إنتاج الخطوط.
جـ ـ رسم الأشكال.
د ـ رسم الخطوط والأشكال باستخدام الإرشادات.

٢ ـ مهارات كتابة الأعداد والكتابة بالحروف المتصلة:

أ ـ إنتاج أشكال الحروف الكبيرة.
ب ـ إنتاج أشكال الحروف الصغيرة.
جـ ـ نسخ الأعداد.
د ـ كتابة قائمة من الأعداد يتم إملاؤها.
هـ ـ ترك فراغ مناسب بين الحروف والكلمات والأعداد.

٣ ـ التحول والانتقال من الكتابة بطريقة المنفصلة إلى الكتابة بالحروف المتصلة:

أ ـ تعلم إيصال الحروف.

٤ ـ مهارات الكتابة المتصلة: الحروف الصغيرة.

مهارات الكتابة المتصلة: الحروف الكبيرة.

٦ ـ استخدام مهارات الكتابة المتصلة.

أ ـ كتابة الكلمات من خلال نموذج.
ب ـ كتابة ما يملى من حروف وكلمات وجمل.

من الإجراءات التربوية التي صممت لعلاج صعوبات التعلم المحددة ما يلي:

أولاً: تدريب النماذج الحركية.
ثانياً: تحسين الإدراك البصري ـ المكاني.
ثالثاً: تحسين الذاكرة البصرية للحروف والكلمات.

رابعاً: تحسين التميز البصري.

الشـــرح:

أولاً: تدريب النماذج الحركية:

يلجأ التربويون إلى استخدام الأسلوب الحركي عند العجز في استعمال القدرة البصرية وحين لا تستجيب إلى العلاج.

وكما ذكر (أورتن Orton ١٩٣٧) إن الغرض من استخدام الأسلوب الحركي والحسي - الحركي هو تدريب النماذج الحركية الضرورية لإنتاج الحروف والكلمات بشكل آلي دون تحكم بصري.

ويمكن تدريب النماذج الحركية عن طريق:

١ - توجيه يد الطفل وفقاً لشكل الحرف، وبالتدريج التقليل من التوجيه والزيادة من استقلالية الطفل.

٢ - كتابة الحرف أثناء مراقبة الطفل بحيث يتمكن من تقليد تسلسل. الحركة.

٣ - التتبع على لوح زجاجي وضع تحته النماذج.

٤ - جمع شكل الحركات مع حركات أخرى[١].

وقد استخدمت إجراءات مشابهة من قبل (أورتن Orton ١٩٣٧) حيث اشتملت على نشاطات التتبع والنسخ من نموذج، والتدريب على النشاطات الحركية مع إغلاق العين أو تغطيتها.

ثانياً: تحسين الإدراك البصري - المكاني:

يمكن التخفيف من مشكلات الإدراك البصري - المكاني عن طريق:

١ - تغيير الأيدي في الكتابة.

٢ - تدريب النماذج الحركية لكي تصبح آلية.

٣ - استخدام الأساليب الحسية - الحركية والجلدية لتحسين التغذية الحسية الراجعة.

---

(١) صعوبات التعلم، ص ٣١٤.

٤ ـ تحسين الذاكرة البصرية للحروف والكلمات.

ثالثاً: تحسين الذاكرة البصرية للحروف والكلمات:

من الممكن أن نميز الأطفال الذين لديهم ذاكرة بصرية جيدة لتذكر الحروف والكلمات.. من الأطفال الذين يجدون صعوبة في التذكر من خلال إعادة تصور أو تخيل الحروف والكلمات.

أولاً: من الأساليب المستعملة في إعادة التصور:

أ ـ هو أن تُري الطفل شكلاً أو حرفاً أو كلمة وأن تمكنه من النظر إليها، ومن ثم يغلق عينيه، ويحاول أن يعيد تصور الحرف أو الشكل أو الكلمة.

ب ـ أن يفتح عينيه لكي يتأكد من تخيله البصري.

ثانياً: عرض سلسلة من الحروف على بطاقات ومن ثم يُطلب من الطفل إعادة إنتاجها من الذاكرة.

ثالثاً: ربط التخيل البصري مع صوت الحرف أو الكلمة.

رابعاً: تحسين التمييز البصري:

لتحسين التمييز البصري عند الأطفال الذين يعانون من مشكلات في التمييز البصري، يجب أن نعلمهم التشابه والاختلاف في الأشكال، والأحجام، والحروف، والكلمات، والأعداد.

ولهذا يجب أن تكون الإشارات بين المثيرات والتي يتم في ضوئها التمييز واضحة.

علاج تشكيل الحروف:

من الإجراءات التربوية والتعليمية التي يمكن أن تستخدم في تدريس تشكيل الحروف وعلاجها:

١ ـ النمذجة: (Modeling) يكتب المدرس الحرف ويسميه ويطلب من الطفل[1] قراءته وكتابته حسب النموذج.

٢ ـ النسخ: (Copying): نسخ الطفل الحرف على قطعة من الورق.

---

(١) صعوبات التعلم، ص ٣١٤.

٣ ـ التتبع: (Tracing)، يشكل الطفل عن طريق رسم النماذج المنقطة بالتوصيل ما بين نقطة وأخرى، والنماذج الباهتة والحروف البارزة.

٤ ـ التكرار: (Repetition) يتدرب الطفل على تشكيل الحرف من خلال التركيز على التدريبات المتعددة الحواس.

٥ ـ التعزيز: (Reinforcement) يمدح المدرس الطفل ويقدم له تعزيزاً أولياً على تصحيح تشكيل الحروف.

٦ ـ الكتابة من الذاكرة (Witting from Memory) يكتب الطفل الحرف دون مساعدة المنبهات.

٧ ـ تصحيح الذات والتغذية الراجعة (Self - Correction feedback).

يقوم الطفل بتصحيح الحروف المشكلة بطريقة غير صحيحة بمساعدة المعينات البصرية (لوحة أسرة الحروف الهجائية الموجودة على الحائط)، (أو توجيه وإشراف المدرس).

٨ ـ ملاحظة العوامل المشتركة الهامة: يقوم المعلم بإجراء مقارنة بين الحرف وغيره من الحروف التي يشترك معها بخصائص تشكيلية.

٩ ـ المنبهات الجسمية: يقوم المعلم بتوجيه يد الطفل في تشكيل الحرف، وأيضاً يمكن توجيه حركة الطفل في تتبع الاتجاهات، والترتيب من خلال الأسهم أو نقاط ملونة تحدد شكل الحرف.

ثالثاً: الصعوبات الخاصة بالتهجئة والتعبير الكتابي:

هناك ارتباط وثيق بين كل من القراءة والكتابة والتهجئة والتعبير الكتابي.

فالتعبير الكتابي أداة أساسية للاتصال والتعبير والتحصيل المدرسي وحاجة التعايش اليومي.

كالأطفال الذين يعانون من صعوبة في القراءة عادة ما تكون لديهم صعوبة في التهجئة (فرث frith ١٩٨٠).

ولكن الأطفال عادة ما يقرؤون كلمات أكثر مما يهجئون لأن الصعوبة في إنتاج

الكلمات أكبر من تفسير رموزها (التهجئة) (بودر Boder ١٩٧٣).

وقد ذهب إلى هذا المعنى كل من براندلي وَ برنيت (Brandley and Bryant ١٩٧٩).

لكن بعض الأطفال لا تنطبق عليهم هذه القاعدة، فقد لوحظ أن ٢٩٪ من الأطفال الذين يقرؤون بشكل عكسي يهجئون كلمات أكثر مما يقرؤون.

وقد استخلص كل من براندلي وبرينت، بأن مهارات القراءة والتهجئة تعتبران مهارات مستقلة عن بعضها البعض حيث إن هناك اختلافات في التلميحات التي يستخدمها الأطفال في القراءة وفي التهجئة. فالأطفال يستخدمون التلميحات الفينولوجية (علم أصوات الكلام) في التهجئة، ولكنهم لا يعتمدون عليها في القراءة.

بمعنى أن الأطفال يقدرون على بناء هذه الكلمات فينولوجيات لأنهم يعرفون كيف يمكن كتابتها لكنهم لا يقرؤونها.

الصعوبات الخاصة بالتهجئة:

يتعلم الأطفال الذين يعانون من مشكلات في التهجئة من خلال استخدام أحد الأساليب التالية:

١ ـ التعلم العارض (غير المقصور): أي بطريقة غير مقصورة أي من خلال القراءة مثلاً.

٢ ـ التعلم من خلال قوائم الكلمات: أي من خلال قوائم محددة من الكلمات.

٣ ـ التعلم عن طريق التعميم: لكلمات لا توجد أصلاً في تلك القوائم.

العوامل المساهمة في صعوبات التهجئة:

يرجع بعض العلماء والتربويون أسباب صعوبات التهجئة إلى سببين هما:

١ ـ طريقة التدريس والمدرس.

٢ ـ الطفل نفسه والصعوبات النمائية.

وهناك عوامل مساعدة ساهمت في صعوبات التهجئة منها: العوامل الجسمية والبيئية والنمائية.

منها:

١ ـ العجز البصري والسمعي.
٢ ـ العوامل البيئية والتحفيزية.
٣ ـ الفونيمية (أصوات الكلام).
٤ ـ العجز في الإدراك.
٥ ـ الذاكرة البصرية.

أولاً: العجز البصري والسمعي:

قد أثبتت الدراسات التي أجريت في هذا المجال (جيتس وتشيز أي الدراسة المتعلقة Gates and chase ١٩٢٦) بحدة الإبصار أن حدة البصر البسيطة وكذلك حاسة السمع لا تعيقان التحصيل ولا عملية التهجئة، ولا ترابط فيما بينهما.

وقد لوحظ أن الأطفال الصم يتقدمون في عملية التهجئة عن الأطفال العاديين (Templin ١٩٥٤).

وقد أعلن (تمبلين) هذه الدراسة على الأطفال الصم والأطفال الذين يعانون من ثقل في السمع حيث وجد بأن الأطفال في المجموعة الأولى ارتكبوا أخطاء إملائية أقل من المجموعة الثانية.

وقد أشارت الدراسة إلى أن العجز في الحواس الخارجية لا يعيق عملية التهجئة، لذا فإن الدراسة تشير إلى المراكز الداخلية وأثرها على التهجئة.

ثانياً: العوامل البيئية:

تشير هذه العوامل أولاً إلى طريقة التدريس ومدى كفايتها ومناسبتها لنواحي القصور والضعف لدى الطفل.

وتشير كذلك إلى المنزل ومدى اهتمامه بالتحصيل الدراسي، وكذلك إلى رغبة الطفل في التعلم، وكذلك إلى عملية الحفز والتشجيع ومدى تكثيفها من عدمه.

ثالثاً: الفونيمية (أصوات الكلام):

يتعلم الأطفال من خلال التلميحات الصوتية، قراءة الكلمات وتهجئتها، بمعنى

أن الأطفال يتمكنون من ترجمة اللغة المنطوقة إلى كلمات مكتوبة.

رابعاً: الذاكرة البصرية:

تعتبر الرؤية للكلمات من المقومات الأساسية لعملية التهجئة.

فإذا رأى الطفل الكلمة من الممكن تذكرها إذا أزيلت عنه، كذلك يمكنه كتابتها دون النظر إليها.

ويعاني الأطفال ذوو صعوبات التعلم ولديهم صعوبات تذكر بصرية شديدة من مشكلات في عملية التهجئة.

إن عملية تعلم العلاقة بين الصوت والرمز يتطلب من المتعلم ذاكرة بصرية للأحرف، وذاكرة سمعية للأصوات.

خامساً: العجز في الإدراك:

من خلال الدراسة التي أجراها روشل (Russel ١٩٥٨) على أطفال أقوياء وضعاف في عملية التهجئة، وَجَد أن هناك علاقة وارتباط بين التمييز البصري والسمعي في عملية التهجئة. (نمائية الإدراك).

وقد ركز هوجز (Hodges ١٩٦٦) على أهمية الحواس المتعددة من الحاسة الوحدة في تعلم التهجئة. فالاعتماد على عدة حواس مثل السمع، والبصر، واللمس، في إنتاج الكلمات أجدى للمتعلم من الاعتماد على حاسة واحدة فقط وقد أكد شوردر (Shorder ١٩٦٨).

هذا الاستنتاج، من خلال تجربة للمقارنة بين الأسلوب السمعي للتهجئة مع الأسلوب السمعي ـ البصري لأطفال الصفين الرابع والسادس.

الاقتراحات العلاجية:

فيما يلي عرض للاقتراحات العامة والخاصة:

١ ـ **التدريس الفردي**: في هذه الحالة يلقى الطفل اهتماماً أكثر للمهمة وتكون استجابته أكبر.

وبعد استعادة الطفل ثقته بنفسه، ممكن أن يدرس مع طفل آخر.

٢ ـ **تنظيم دروس علاجية في التهجئة**: من المفيد برمجة دروس تجعل الطفل يمر في خبرات نجاحية متنوعة، ويمكن بعدها تغيير البرامج وزيادة درجة صعوبتها.

٣ ـ تعديل التدريس بما يتلاءم مع جوانب القوة والضعف لدى الطفل:

يجب وضع اليد على مكمن الضعف عند الطفل، فإذا كان الضعف في استخدام التلميحات الصوتية في التهجئة فمن الممكن أن يدرب المدرس الطفل على العلاقة بين الصوت والرمز، أو يستخدم الأسلوب التحليلي للكلمة.

مثل تحليل كلمة رَأْس هكذا ر ـ أْ ـ س.

وإذا كانت المشكلة في اللفظ: فعلى المدرس أن يلفظ الكلمة أمام الطفل بشكل واضح، ويطلب من الطفل إعادة الكلمة كما لفظها المدرس (تقليد المدرس).

وإذا كانت المشكلة في التمييز البصري، فعلى المدرس تدريس التمييز البصري في دروس التهجئة.

وإذا كانت المشكلة في الذاكرة، على المدرس أن يحاول تطوير عادات تصور الكلمة خلال القراءة لها، وتذكر الصورة البصرية لها.

وهذا ما يسمى بالتدريب القائم على تحليل المهمة والعمليات النفسية.

٤ ـ توفير التعليم المناسب، أي عدم تحميل الطفل أكثر من طاقته.

وعن طريق تقديم كلمات (عدد من الكلمات) تناسب قدرة الطفل ولو كانت قليلة خير من تعلم كلمات كثيرة لا يفهمها ولا يتعلمها.

٥ ـ استخدام الأسلوب المتعدد الحواس في دروس التهجئة.

٦ ـ توفير التعزيز.

مديح وتشجيع أثناء دروس المعالجة.

شرح مفصل ميكانيكاً الكتابة:

إن صعوبة الكتابة مشكلة شائعة، قد تعيق عملية الكتابة. فلا بد أن نتطرق إلى عدة أسباب منها:

أولاً: وضع الجلوس الخاطىء:

غالباً ما يتبع الوضع غير الصحيح مشكلة ما على صعيد انخفاض مستوى التوتر العضلي، وذلك قد يجعل من الصعب كثيراً على الطفل أن ينسق حركات يديه عند تأدية العمل الموجه بعدياً. كذا يجب أن يجلس الطفل في كرسي له مقعد منبسط وظهر، ويجب أن يكون ارتفاع الكرسي في مستوى يسمح للطفل أن يضع قدميه بشكل منبسط على الأرض، وأن يبقى حوضه وركبتيه وكاحليه في زوايا قائمة. فذلك يساعد الطفل على تحقيق تعديلات وضعية في أثناء حركة ذراعه من طرف الورقة إلى طرفها الآخر، ويجب أن يكون ارتفاع الكرسي أعلى بحوالي ٥ سم، وهو في حالة انثناء.

فإذا كان الكرسي مرتفعاً كثيراً فسيضطر الطفل إلى رفع كتفه مما يقيد مدى حركته، وإذا كان الكرسي منخفضاً كثيراً فقد يميل الطفل إلى دعم جسمه بالاستناد إلى الذراع الأخرى التي لا يكتب فيها. وعند النسخ على السبورة يجب أن يجلس الذين يواجهون صعوبة في الكتابة مباشرة أمام المادة المكتوبة التي سيقومون بنسخها، لأن المهارات الحركية الدقيقة تكون في أفضل صورها، عندما يكون الطفل في وضع جسمي متماثل[١].

ثانياً: مسك القلم بطريقة غير ناضجة:

إن سبب مسك القلم بطريقة ناضجة هو انخفاض في مستوى التوتر العضلي، وعلى العكس من ذلك ـ فإن المسك بطريقة غير ناضجة سببه توتر في عضلات اليد، فضبط حركات اليد يأتي من الكتف والكوع وليس من اليد والأصابع.

لذا يجب تعزيز العناصر التالية من مسك القلم:

١ ـ يجب أن يتكىء الجزء الأمامي من الذراع على سطح الكتابة وفي وضع معتدل، وأن تكون اليد متكئة على الإصبع الصغير، وهذا الوضع يسمح للرسغ بحرية الحركة.

٢ ـ يجب أن يكون الرسغ منبسطاً قليلاً (في وضع انحناء للخلف) لأن ذلك يجعل الإبهام في وضع مقابل للأصابع بشكل مريح.

---

(١) مجلة المنال ـ العدد ٨٩، ١٩٩٥.

٣ ـ يجب أن يكون هناك فراغ دائري مفتوح بين الإبهام والأصابع، فهذا الوضع يسمح للأصابع بملامسة القلم بشكل مناسب.

ومن أفضل الأساليب لتشجيع الوضع الصحيح لليد لممارسة الكتابة والتتبع والأنشطة الحركية الدقيقة الأخرى على أسطح عموديه للكتابة مثل السبورة، وذلك أثناء الجلوس أو الوقوف فعندما يتم إنجاز العمل بمستوى العينين فإن الطفل لا يستطيع تجنب مسك أداة الكتابة باستخدام وضع الرسغ المرغوب فيه.

ويستفيد الأطفال الذين يستمرون بمسك القلم بطريقة غير ناضجة من أنواع مختلفة من الأنشطة، والتمرينات الحسية ـ الحركية، فعلى سبيل المثال.

إن الألعاب التي تتضمن ضغطاً عميقاً على مفاصل الكتف مثل الزحف على اليدين والركبتين، تساعد الأطفال في زيادة مستوى التحكم والثبات في منطقة الكتف.

ويستمتع بعض الأطفال بتعلم لغة الإشارة بطريقة مسلية، لممارسة مهارات تحريك الأصابع، وقد يستفيد الأطفال الذين يمسكون القلم بطريقة ضعيفة من اقتفاء الأحرف والكلمات باستخدام الشفافيات والرسم أو الكتابة بالمعجون أو على أوراق حساسة للضغط.

فالمقاومة التي تحدث عند الكتابة على هذه ألا تجعل الطفل يمسك القلم بشكل أفضل، ويحصل على تغذية راجعة حسية تقود بالتالي إلى تقوية عضلات اليدين.

ثالثاً: عدم ثبات أو عدم ملائمة وضع الورقة:

خصائص مرافقة للتلاميذ الذين يواجهون صعوبة في وضع الورقة أو تثبيتها:

١ ـ النزعة نحو تبديل اليدين بشكل متكرر أثناء اللعب. وذلك قد يعني أن الطفل غير متأكد من اليد التي يعطيها الدور المسيطر، واليد التي يعطيها الدور المساند.

٢ ـ الحركات التي لا داعي لها في اليد غير المسيطرة.

٣ ـ التردد أو عدم الراحة في قطع الخط الأوسط للجسم، سواء بصرياً أو يدوياً

وغالباً ما تكون هذه المشكلة غير واضحة، وتظهر فقط على شكل تيبس في حركات الجذع عند الكتابة.

ولمساعدة الأطفال الذين لديهم صعوبات في التكامل الثنائي، يجب أن يشجع المعلمون الأطفال على تأدية الأنشطة التي تتطلب استخدام كلتا اليدين بشكل متماثل كما في التصفيق مثلاً.

أما الأنشطة الأكثر صعوبة فهي تسمح لليد المساندة بلعب دور ثابت.

ولليد المسيطرة بلعب الدور الديناميكي.

ومن الأمثلة على ذلك أن يثبت الطفل وعاءً بيده المساندة، ويحرك ما فيه بيده المسيطرة.

وأما الأنشطة الأكثر تعقيداً فهي تتطلب تحريك كلتا اليدين بشكل تبادلي، وباتجاهات متنوعة.

والأنشطة التي تتضمن استخدام المقص هي مثال على هذا النوع من الخبرات، لأن يداً تحرك المقص واليد الأخرى تثبت الورقة وتهيئها في زاوية معينة.

رابعاً: عدم التأكد من استخدام اليد التي تمارس الكتابة:

إذا لم يكن الطفل قد أظهر تفضيلاً واضحاً لإحدى اليدين عند دخوله الصف الأول فلا بد من اتخاذ قرار، وذلك اعتماداً على الملاحظة لمعرفة اليد التي تتمتع بتنسيق أكثر، وإذا لم يستطع المعلمون والآباء تحديد اليد الأكثر مهارة، فلعله من المناسب استشارة أخصائي علاج وظيفي، أو أخصائي آخر قبل تشجيع الطفل على استخدام إحدى يديه، وبعد تحديد اليد المفضلة يجب تعزيز استخدامها.

إن الأطفال الذين يتأخر لديهم وضوح اليد المسيطرة يميلون إلى الوصول للأشياء باستخدام اليد الأخرى للشيء، وكذلك يجب تنظيم مكان عمل الطفل، بحيث تكون الأدوات على مقربة من اليد المفضلة.

رابعاً: الصعوبات الخاصة بالحساب:

هناك مهارات أساسية في الحساب، يجب على كل طفل أن يتعلمها مثل: الجمع والطرح والضرب والقسمة، للأعداد الصحيحة. وعندما يصل الطفل إلى

المستويات العليا في حساب الكسور والأعشار والجبر والهندسة قد يواجه صعوبة وقد لا يواجه.

إلاّ أن الأطفال الذين يعانون من صعوبة في تعلم الحساب يحتاجون إلى نفس أساليب التشخيص والعلاج المستخدمة مع الأطفال ذوي الصعوبات الخاصة بالقراءة.

وقد أجريت دراسات على الأطفال الذين يعانون من صعوبات في تعلم الحساب، ولكنها أقل من الدراسات التي أجريت في ميدان القراءة.

وقد توصل الباحثون في هذا الميدان إلى أن سبب فقدان القدرة على تعلم الحساب هو التلف المخّي. وقد أطلق على هذه الحالة العمى العددي أو الحبسة الرياضية. (Dyscalculia) ديسكالكوليا اصطلاح استخدمه كوسك Kosc ١٩٧٤ م مع الأطفال الذين يعانون من عجز رياضي نمائي ويؤمن كوسك بأن تلف المراكز الخاصة في الدماغ تسبب قصوراً في القدرات الرياضية، بالإضافة إلى ذلك فإن الأفراد يولدون بميول واستعدادات معينة تجاه الرياضيات[١].

إجراءات التشخيص:

يتم التشخيص من قبل المعلم (مدرس الفصل) أو مدرس غرفة المصادر بأساليب غير رسمية. ومن الإجراءات ما يلي:

أولاً: تحديد مستوى التحصيل في الحساب:

هناك اختبارات تحصيل معدة يمكن استخدامها لتحديد مستوى تحصيل الطفل، وقد يتوفر في كل مدرسة بطارية من اختبارات التحصيل يتم استخدامها لتحديد مستوى أداء كل طفل مقارنة بالمستوى المقدر لتعلم الحساب.

وفي حال عدم توفر اختبارات مقننة للتحصيل، فإنه يمكن للمدرس أن يستخدم المادة التعليمية المستخدمة في الفصل الدراسي. (كتب الحساب المعدة لمستويات صفية مختلفة).

يطلب من الطفل أن يحل مسائل رياضية (مهمات رياضية) بدءاً بالعمليات التي

---

(١) صعوبات التعلم ـ ص ٣٥٩.

يسهل عليه حلها أو يؤديها بنجاح ثم يتدرج معه إلى المسائل الأكثر صعوبة.

مثال:

١ ـ أن يعد الطفل من ١ ـ ٥٠ أو ١٠٠.

٢ ـ أكتب له عدة أعداد وأطلب منه أن يشير إلى عدد ما ضمن عدة أعداد.

مثلاً: ٤٥، ٥٥، ٤٦، ٩٠١، ١٠٩ أطلب منه أن يشير إلى العدد ٩٠١ مثلاً.

٣ ـ أطلب من الطفل أن يذكر أسماء الأعداد.

٤ ـ أطلب من الطفل أن يحل مسائل على الأعداد الصحيحة في الجمع والضرب والطرح والقسمة.

وأتدرج معه إلى الكسور.

٥ ـ أتدرج معه إلى حل مسائل ترتبط بالوقت والوزن والنقود والأطوال.. وهكذا.

٦ ـ أتدرج معه إلى حل مسائل معبر عنها لغوياً.

ثانياً: تحديد التباعد بين التحصيل والاستعداد للتعليم:

هُنا يقارن بين مستوى التحصيل واستعداد الطفل على التعلم، فهناك ثلاثة مستويات: إما أن يكون الأداء أعلى من القدرة الكافية، أو في مستواها أو أدنى منها.

ومن المعلوم أن مستوى التباعد بين التحصيل والاستعداد في المستويات الصفية الدنيا (من الأول حتى الثالث).

ما بين سنة إلى سنتين، أما المستويات الأخرى (من الرابع حتى السادس) يكون مستوى التباعد بمقدار سنتين أو أكثر.

فإذا كان عمر الطفل ٩ ـ ١٠ سنوات.

فعادة يكون في مستوى الصف الرابع، وتكون المادة التعليمية في القراءة والحساب المقدمة له في مستوى الفصل الرابع أيضاً.

أما إذا كان أداءُ الطفل في حدود الفصل الأول أو الثاني في الحساب، وأداؤه في القراءة في مستوى الثالث أو الرابع، ومستوى ذكائه يقع ضمن متوسط الأداء العام

لأقرانه، وتوفرت له فرص تعليم كافية، فإن الطفل في هذه المستويات لأدائه فإن لديه صعوبة في الحساب فقط.

ثالثاً: تحديد الأخطاء في العمليات الحسابية:

من الضروري تحديد الأخطاء التي يقع فيها الأطفال والطرق التي استخدموها في حل المسائل الحسابية.

من الممكن تحديد الأخطاء في حل المسائل الصفية أو الواجبات المنزلية، وأسئلة المدرس الشفهية (مشاركة الأطفال) والاختبارات الشهرية التي يعدها المدرس.

ومن خلال هذا التحديد يجب وضع خطط العلاج وبرامجه ومن الملاحظ: أن أطفال ذوي الصعوبات الخاصة بالحساب يكررون ويعيدون الأخطاء التي يرتكبونها.

لذا يجب تصنيف هذه الأخطاء ووضع البرامج لعلاجها.

أنواع الأخطاء:

١ ـ أخطاء ترتبط بالفشل في تعلم المفاهيم الحسابية.

ـ أو الخلط بين أحد المفاهيم والآخر.

ـ أو الفشل في معرفته متى يجب تطبيق المفهوم.

ولقد حدد باكمان (Backman ١٩٧٨) ثلاثة أنواع من المسائل المتعلقة بالمفاهيم:

أ ـ أخطاء ذات علاقة ببناء النظام العددي، مثل إغفال مفاهيم القيمة المكانية والأعشار.

ب ـ أخطاء ذات علاقة بمعنى أو خواص العملية الحسابية، مثل كتابة حقيقة غير صحيحة مثل ٤+٢=٥.

ج ـ أخطاء ذات علاقة بإعادة التسمية أو إعادة التجميع وذلك بسبب الفشل في إعادة تسمية الرقم الواقع إلى اليسار مثل: .

١٢	١٥
٦ ×	١٨ +
٦١٢	٢٣

٢ ـ أخطاء ترتبط بصعوبة المسألة من وجهة نظر الطفل ـ أو لنقص الدافعية عند الطفل، أو لعدم تذكر الطفل كيفية حل المسألة.

٣ ـ أخطاء ترتبط بتسلسل خطوات الحل إما بالترتيب الخاطىء أو القفز عن بعض الخطوات.

٤ ـ أخطاء ذات علاقة باختيار المعلومات والإجراءات بسبب الخلط في الحقائق والعمليات الحسابية.

مثل: في عملية الضرب يخطىء في جدول الضرب مثل:

٢١
٥ ×
―――――
١٠٦

في الجمع يحول الطفل إلى عملية ضرب مثل:

٥٤
٤ +
―――――
٢١٦

أو أن يجمع العدو الثاني مرتين: هكذا.

٦٤
٠٨ +
―――――
١٥٢

٥ ـ أخطاء ذات علاقة بتسجيل العمل بسبب الإهمال في تشكيل الأعداد، ونقل

الأرقام والخطأ في تسلسل الأرقام.

تحديد العوامل المساهمة في الصعوبات الخاصة بالحساب:

هناك أسباب كثيرة للصعوبات في مادة الحساب منها: الضعف في المفاهيم - عدم تعلم المهارات الأساسية (عدم النضج)، وطريقة التداريس غير الملائمة، وعدم التكيف، وسوء التوافق الاجتماعي والإعاقات البصرية والسمعية والجسمية والصحية والتخلف العقلي والاضطراب الانفعالي.

الشـــرح: اللغة: مشاكل الذاكرة والإدراك، مشكلات التفكير التجريدي:

لتحصيل المفاهيم وتطوير المهارات الحسابية المبكرة يحتاج الأطفال إلى لغة، أي بحاجة إلى تطوير مفردات عددية لفهم مفاهيم الحجم والوقت، والعدد (كوسك Kosc ١٩٧٤) فالأطفال الذين لديهم مشكلات في الذاكرة السمعية والبصرية تكون لديهم صعوبة في تطوير لغة شفهية.

٢ ـ **الانتباه:** قد يتشتت الانتباه بسبب أحوال الطفل الصحية ـ مثل انخفاض حدة الإبصار أو السمع، والتخلف العقلي والاضطراب الانفعالي والنشاط الزائد والمثيرات البيئية المشتتة.

ويتخذ القصور في الانتباه أشكالاً متعددة ومنها: الحركة الزائدة والخمول، والاندفاع.. الخ.

فإن الفشل في الانتباه سوف يعيق تعلم المهارات والمفاهيم الحسابية.

عند جمع الطفل العمود:

```
  ٦
+ ٥
 ---
  ٩
```

١ ـ ينظر الطفل إلى العدد ٦ (تمييز بصري) ويقول (ستة) ذاكرة سمعية لفظية.

٢ ـ ينظر إلى العدد ٥ (تمييز بصري) ويقول (خمسة) ذاكرة سمعية.

٣ ـ عند النطق بالحقيقة الحسابية المتعلقة بالعددين (٦ + ٥ = ١١) ذاكرة سمعية لفظية.

وكذلك في العدد ٩ .

٣ ـ التمييز البصري ـ المكاني:

إن القصور في التمييز البصري ـ المكاني يؤدي إلى مشكلات حسابية مثل: يقوم الطفل بتبديل العدد ٢ بدلاً من ٦ ، وقد يعكس الأطفال بين الأعداد ١٢ ـ ٢١ ، ٤١ ـ ١٤ ، والسبب في ذلك عدم التمييز بين اليسار واليمين.

وكذلك قد تكون لديهم مشكلات في تعلم القيمة المكانية كما في الأعداد ٣ ، ٣١ ، قد يخلط الأطفال بين المنازل، آحاد، عشرات، مئات الخ.

٤ ـ تكامل الحواس:

يتطلب استخدام المهارات الحسابية حواس متعددة ـ سمعية وبصرية ولمسية، قد يصل الاستخدام حاستين أو ثلاثة.

الأسلوب العلاجي لصعوبات التعلم العمليات الحسابية:

لعلاج الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم في مادة الحساب نحتاج إلى أكثر من أسلوب من أساليب النمائية العددية في التدريس.

ولعلاج هذه المشكلة: تشخص المشكلة ثم توضع الفروض (حلول المشكلة) ثم وضع برنامج علاجي فردي للطفل من قبل المدرس يتضمن أهدافاً تعليمية مناسبة لمستوى مهارات الطفل.

ويعتمد في هذا البرنامج أسلوباً علاجياً يقوم على تحليل المهمة والعمليات النفسية.

أ ـ اختيار الأهداف التعليمية.

ب ـ تجزئة الأهداف إلى مهارات فرعية إجرائية (استخدام النشاطات التطبيقية).

جـ ـ تحديد أي قدرات التعلم النمائية الخاصة بالمهمة المقدمة وتشجيع التلاميذ على استخدام المعينات التعليمية مثل وسائل الإيضاح المقدمة.

و ـ مراعاة الصعوبات النمائية في تنظيم التعليم وتشجيع المقابلة الصفية التي تساعد المعلم على تقييم الاستعداد نحو الحساب وترك التلاميذ لاختيار الأدوات التي تحسن من المهارات الحسابية مثل: الأسئلة، التعزيز، الوضوح.

المبحث الثاني

ماهية الدماغ الإنساني

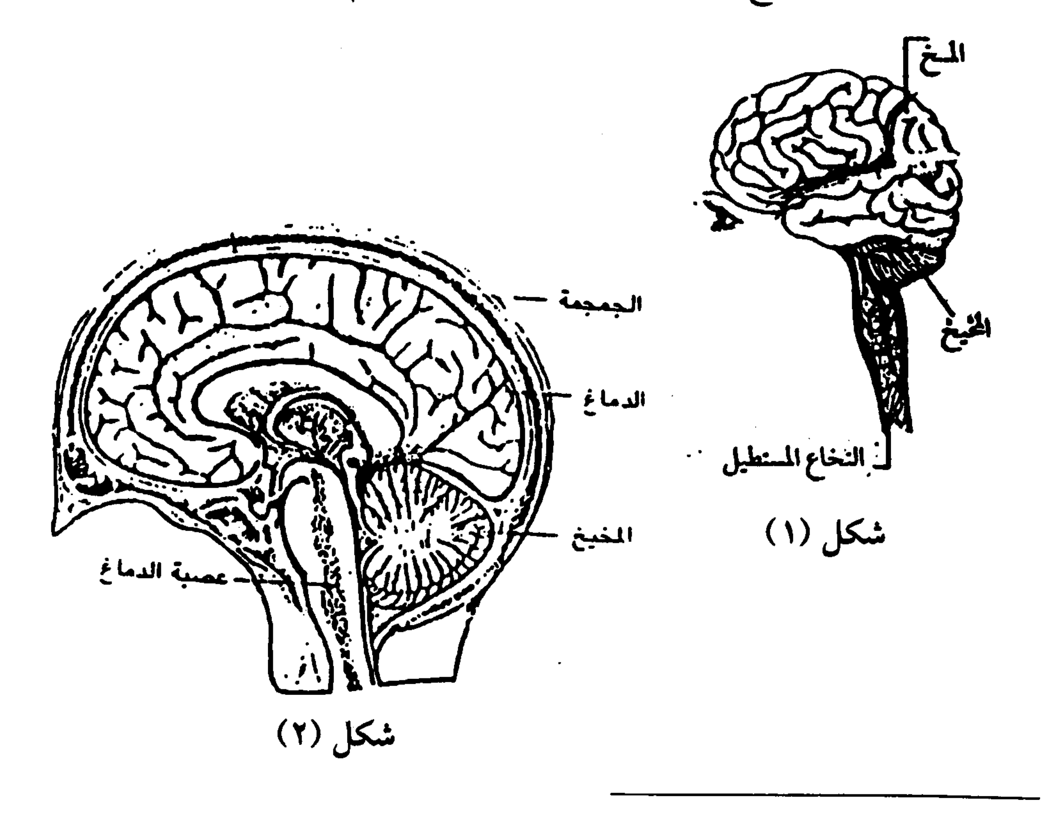
المطلب الأول

تعريف

يعرِّف الدكتور محمد زياد حمدان الدماغ فيقول:

««الدماغ The Brain» هو كتلة رخوة، رمادية اللون من الخارج بيضاء من الداخل، يقرب وزنها من ثلاثة أرطال في الإنسان العادي، محمية داخل الجمجمة بعدة طبقات متتالية عظيمة صلبة وليفية ثم لينة هلامية، تتكون من نوع خاص من الخلايا تسمى الواحدة منها نيورونا Neuron أو خلية عصبية يتراوح مجموعها بين عشرة واثنتي عشرة بليون خلية[1]».

وهو أكثر أجزاء الجهاز العصبي تعقيداً، وأكثرها أهميةً، ويشكل ٩٠٪ من مجموع الخلايا العصبية، والدماغ هو مركز الشعور والتفكير والتَّعلم والتذكر والانفعالات.



شكل (١)

شكل (٢)

---

(١) حمدان ـ ص ٧.

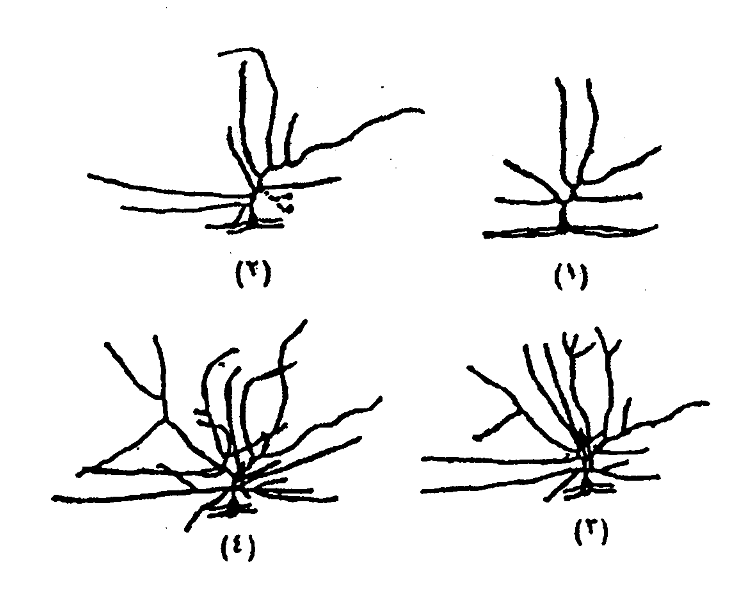
وتفيد الدراسات الفسيولوجية المتخصصة إلى أن دماغ الإنسان تتطور مبدئياً خلال الثلاثة شهور الأخيرة من الحمل، ثم تكمل مناطق الإدراكية العامة في السنتين الأولتين من الطفولة.

يبدأ الدماغ الإنساني بأنبوب عصبي Neural tube، ومع نمو الجنين، وهذا الأنبوب هو المصدر الوحيد لتكاثر بلاسين الخلايا المكونة لمجمل النظام العصبي للإنسان.

وتبادر الخلايا العصبية بالهجرة من مواطنها في الأنبوب العصبي، لاختيار الوظائف العصبية العملية التي تلائم تركيبها الكيموحيوية.

وتبدأ هذه الخلايا حال استقرارها في مناطقها الجديدة بالتكاثر مرة أخرى مشكلة تجمعات خلوية جديدة ومميزة عن أخواتها الأولى التي انفصلت عنها.

وترسل كل خلية أكسوناً Axon (محور عصبي) للاتصال مع الخلايا الأخرى.

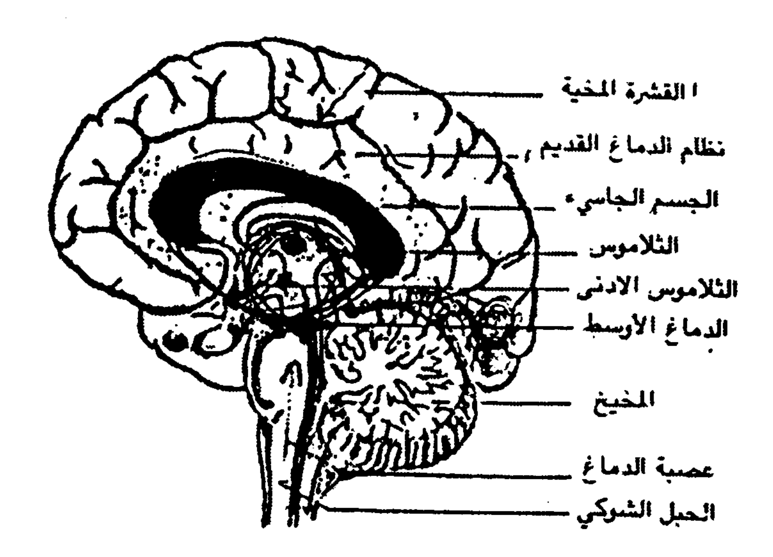


شكل (٣)

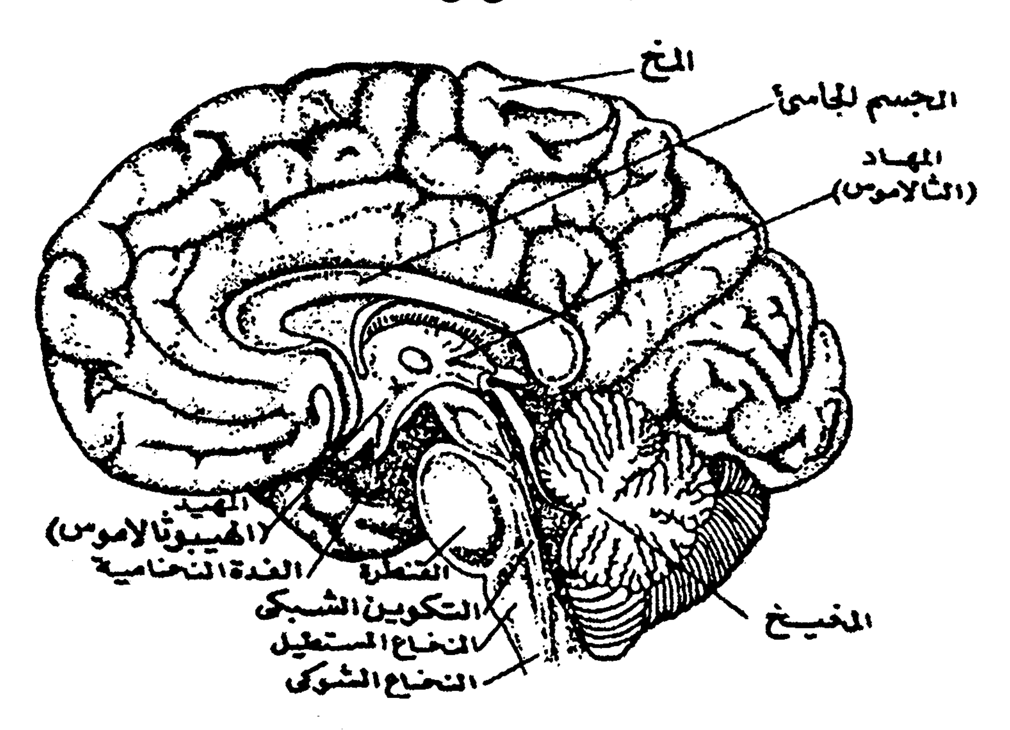
المطلب الثاني

مكونات ووظائف الدماغ الإنساني

يتكون الدماغ تشريحياً من عدة أجزاء رئيسية كالآتي :



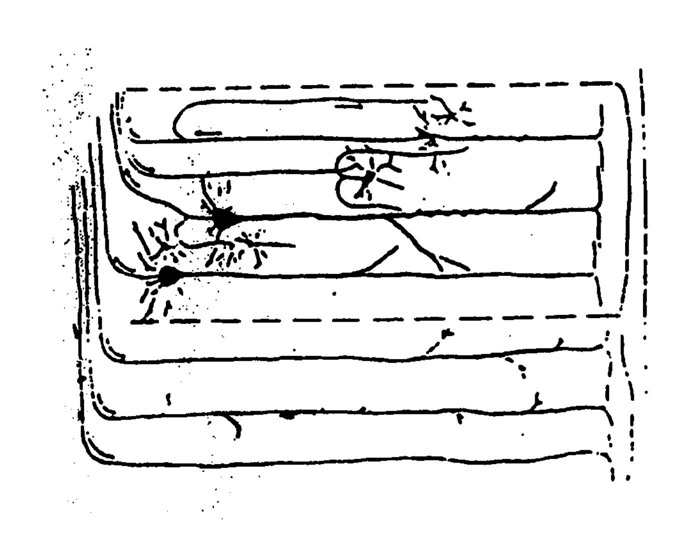
شكل (٤) الدماغ مع أجزائه



شكل (٥) قطاع طولي بوسط الدماغ يبين النصف الايمن للدماغ

أولاً ـ القشرة المخية: Cerebral Cortex:

القشرة المخية هي الطبقة الرمادية الخارجية للدماغ التي يبلغ سمكها حوالي ٣ ملم وتتركز فيها كافة المناطق الإدراكية وتتكون هذه القشرة من مئات الآلاف من الأعمدة الرفيعة للخلايا العصبية، ويحتوي كل عمود على الآلاف من الخلايا الهرمية وكل عمود يتكون من نوعين من الخلايا كبيرة ورئيسية ووظيفتها استقبال ونقل الرسائل الإدراكية، ثم صغيرة نسبياً وظائفها تتخلل الخلايا الرئيسية وأهم منع الرسائل الإدراكية الانتقال للأعمدة الأخرى التي لا يعنيها الأمر.



(شكل ٦)

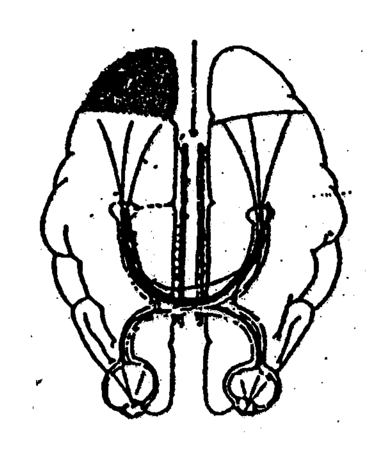
نموذج للأعمدة الخلوية تحتوي على خلايا عصبية هرمية مفكرة وأخرى مانعة مع أكسوناتها[١]

وأهم أمثلة مناطق المعلومات التي تسود القشرة المخية نوعان رئيسية وفرعية وتتكون الرئيسية من اثنين يمنى تختص بالتصور والمرئيات عموماً، ثم يسرى تختص بالرمزيات كالقراءة والكتابة والحساب والعمليات التحليلية.

---

(١) مرجع سابق ـ د. محمد زياد حمدان ص ١٠.

وتتصل المنطقتان بجسر من الألياف العصبية يطلق عليه الجسم الجاسىء Corpus callosum.



(شكل ٧)

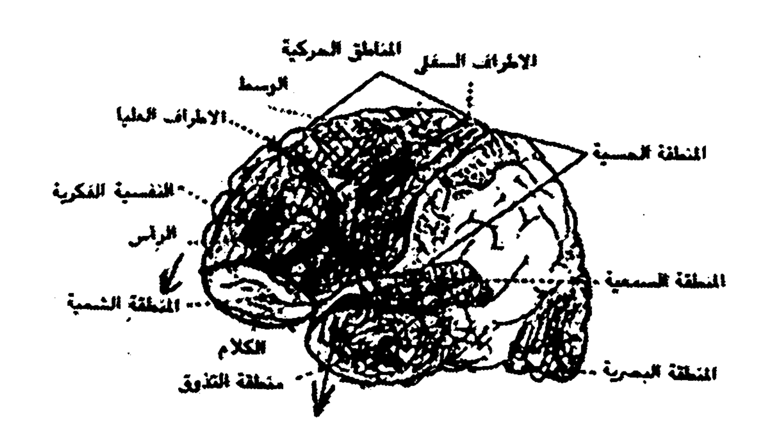
صورة للمنطقتين الرئيسية للدماغ
مع الجسم الجاسىء بينهما

أما المناطق الفرعية المكونة للقشرة المخية بقسميها الأيمن فهي كما يلي:

١ ـ **المنطقة البصرية الرئيسية**: وتكون في مؤخرة الدماغ ومهمتها إدراك المرئيات بوجه عام (في مؤخر الفصين القذاليين)، فالنبضات العصبية الواردة من العين تنتهي إلى مركز الإبصار في هذه المنطقة من لحاء المخ.

ب ـ **المنطقة السمعية الرئيسية**: وتقع في التلفيف المحاذي لشق سيلفياس بالفص الصدغي ومهمتها إدراك الأصوات والألفاظ المسموعة، وهي مركز السمع حيث تنتهي فيها النبضات العصبية الواردة من الأذنين.

جـ ـ المنطقة الحركية: الخاصة بالأطراف وأعضاء الجسم الأخرى وتتركز هذه المنطقة في التلفيف المحاذي لشق رولاندو بآخر الفص الأمامي أو الجبهي من الدماغ، تدرك هذه المنطقة حركات الجسم والناس والأشياء، إذا ما أثيرت كهربائياً.



(شكل ٨)

صورة للقشرة المخية موضحاً المناطق الإدراكية الرئيسية[١]

د ـ المنطقة الحسية الجسدية: التي تدرك باللمس، ما يواجه الجسم عموماً من خبرات وتغيرات وتقع هذه المنطقة في الفص الجداري للدماغ مقابل المنطقة الحركية بالطرف الآخر لشق رولاندو، وتتعلق بإحساس اللمس والإحساس بالألم والتغيرات بدرجة الحرارة والذوق.

هـ ـ المنطقة الشَّمِّية: وتقع في منطقة بروكا بأسفل الفص الأمامي من القشرة المخية بمحاذاة شق سيلفياس.

و ـ **منطقة التذوق**: ومهمتها الإحساس وتمييز طعم الأشياء وتقع في التلفيف المحاذي لشق سيلفياس بأسفل الدماغ.

ز ـ **منطقة التفسير**: المجاورة عضوياً لمنطقة التذوق، وفهمها الفهم النظري للخبرات والأشياء.

ج ـ **المنطقة الفكرية النفسية**: تقع في مقدمة الدماغ ـ الفص الجبهي أو الأمامي، ومهمتها الرئيسية إدراك الدوافع والمعاني المرافقة للرسائل العصبية الواردة للمناطق الدماغية الأخرى، وتعتبر مركزاً للعمليات العقلية كالتعلم والتفكير والتذكر.

---

(١) مرجع سابق. حمدن، ص ١١.

ط ـ منطقة الكلمة الملفوظة والمكتوبة: تقع في التلفيف العلوي لمنطقة الشم، بين نهاية المنطقة الحركية والمنطقة الفكرية النفسية، ومهمتها كما يبدو لغوية مرتبطة لدرجة رئيسية بالكلام، والقراءة والكتابة.

ثانياً: منطقة الاستقبال ـ (البث الحسِّي) وتسمى منطقة المخ ايضاً:

وتقع هذه المنطقة داخل الدماغ ملحقة بالقشرة المخية. وتتمثل مهمتها الرئيسية في استقبال الرسائل الحسِّية من أعضاء الجسم، وإرسالها مباشرة للمناطق المعينة بها في القشرة المخية ومن ثم استقبال وإرسال الردود العصبية الواردة من الخلايا والمناطق الإدراكية الدماغية. وتتكون هذه المنطقة من أجزاء فرعية هي:

أ ـ منطقة الاستقبال ـ البث الرئيسية Thalamus.

تمثل هذه المنطقة الدماغية مركز استقبال جميع الرسائل الحسية والحركية من الجسم وخارجه إلى القشرة المخية، كما تستقبل الرسائل العصبية الواردة من القشرة المخية وترسلها إلى أعضاء الجسم.

ب ـ منطقة الاستقبال ـ البث الدنيا Hypothalamus.

تقع أدنى المنطقة الرئيسية السابقة، وتختص بالدرجة الأولى بالمشاعر المرتبطة بالجوع والعطش والحرارة والنظام العصبي اللاإرادي (الخاص بالأعضاء الداخلية المتنوعة للإنسان والغدد الصمَّاء).

وعدد آخر من العواطف الإنسانية الهامة، كالسرور والرغبة في استقبال أو قبول الأشياء، بما في ذلك التعلم.

جـ ـ الجسم الجاسيء: وهو عبارة عن حزمة من الألياف التي تربط منطقتي الدماغ اليمنى واليسرى؛ وتتولى المنطقة العصبية الحالية نقل الرسائل الحسية والمعلومات من جهة (يمنى ويسرى) لأخرى في الدماغ.

د ـ منطقة الدماغ الأوسط: (النخاع المستطيل) تقع هذه المنطقة في أعلى الساق الدماغية، وتمثل حلقة وصل بين الحبل الشوكي وبقية الأنظمة العصبية الثانوية بالجسم، ومنطقة الاستقبال ـ البث الحسي، أي حلقة وصل بين الدماغ (المخ والمخيخ) بالحبل الشوكي ويتحكم بعدد كبير من النشاطات غير الإرادية، كزيادة

سرعة التنفس وحفظها، وخفض نبضات القلب، وكذلك نقل النبضات (السيالات).

ثالثاً: المخيخ:

وهو الدماغ الصغير ويبدو ككتلة مستقلة من الألياف تحت المنطقة البصرية الرئيسية وخلف الساق الرئيسية للدماغ، ويختص المخيخ بالعمليات السلوكية الدقيقة لأعضاء الجسم (الموسيقية والرياضية والفنية والحركية الأخرى) فهو يبدو المايسترو المنظم لكل الرسائل الحركية الخارجة من الدماغ إلى كافة أعضاء الجسم.

الخلية الدماغية:

إن الدماغ يمتلك ما بين ١٠ ـ ١٢ بليون خلية عصبية.

وتنقسم الخلايا إلى نوعين:

أ ـ الخلايا المثارة: وهي تمثل العاملات الشغَّالة للرسائل العصبية، ووظيفتها استقبال وإرسال النبضات العصبية.

ب ـ خلايا مانعة: هي أصغر حجماً من قريناتها الأولى، ووظيفتها حجب الرسائل العصبية عن الخلايا المثارة التي لا يعنيها الأمر خلال الاتصالات الكيموكهربية.

وتقوم الخلية العصبية المفكرة (المثارة) بثلاث وظائف هي:

أ ـ استقبال الرسائل العصبية من الخلايا الأخرى بواسطة منطقة الاستقبال.

ب ـ دمج ومعالجة الرسائل العصبية المختلفة الواردة إليها من الخلايا أو المنافعة الدماغية الأخرى.

جـ ـ توجيه الرسائل العصبية المعالجة إلى الخلايا والمناطق الدماغية المعينة الأخرى، بواسطة منطقتي الضخ والإخراج الأكسونية.

وتتكون الخلية العصبية عضوياً من:

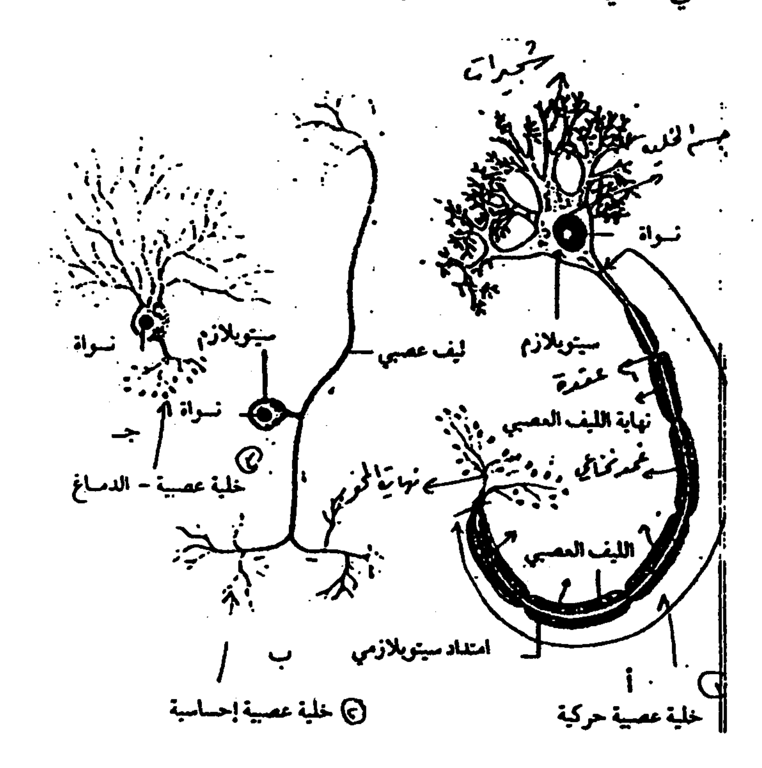
١ ـ مادة السيتوبلازم المحاطة بغشاء رقيق، تتوسطه النواة التي تحمل الصفات الوراثية للخلية، وتتحكم في تسيير وظائفها وتغيراتها البروتينية ـ الكيماوية المختلفة.

٢ ـ من الشجيرات، وهي ألياف صغيرة متفرعة من جسم الخلية، وهي أجهزة

استقبال الخلية، تلتقط الرسائل المقبلة من الخلايا المحيطة بها، وتنقلها إلى جسم الخلية.

٣ ـ المحور، وهو ليفة طويلة ووحيدة ممتدة من جسم الخلية، وهي أطول كثيراً من الشجيرات، ووظيفته نقل الرسائل من الخلية العصبية إلى خلية عصبية مجاورة.

أما من الناحية الكيماوية: فتتركز داخل الخلية أيونات البوتاسيوم السالبة، وعلى أطرافها الخارجية تسود أيونات أخرى موجبة من الصوديوم الأمر الذي يؤدي عند مرور منبه عصبي في الخلية إلى إحداث تغيرات فسيوكيماوية في غشائها سامحاً هذا لنفاذ كميات من أيونات الصوديوم إلى داخل الخلية، بينما تنزاح نظيراتها للبوتاسيوم خارجها، ينتج عن هذا التبادل الأيوني ومضات كهربية خفيفة جداً تنتقل عبر المحاور الخلوية إلى الخلايا المعنية الأخرى، حاملة معها الرسائل العصبية التي تخص المنبه الأصلي الذي أثار الخلية المركزية الأولى[١].



(شكل ٩)

(١) د. محمد زياد حمدان ص ٢٤ ـ مرجع سابق.

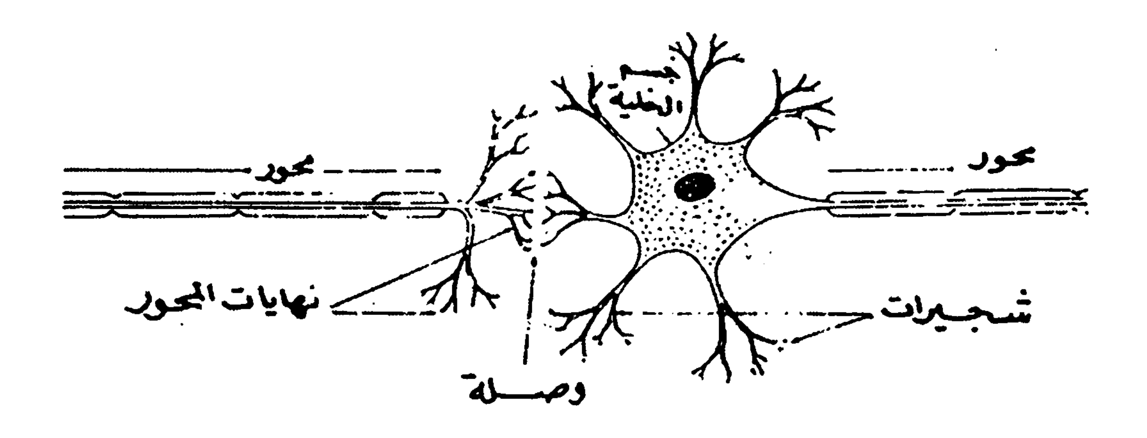
والخلايا العصبية ثلاثة أنواع من حيث الوظيفة:

١ ـ ألياف عصبية إحساسية، تحمل النبضات العصبية من أعضاء الحس إلى المركز العصبي من الدماغ أو الحبل الشوكي.

٢ ـ ألياف عصبية حركية، تنقل النبضات العصبي من الدماغ أو الحبل الشوكي إلى العضلات أو الغدد.

٣ ـ وهناك نوع ثالث يسمى الأعصاب المختلطة، كالأعصاب الشوكية، وتحتوي على ألياف إحساسية وأخرى حركية، ويشكل هذا النوع غالبية الأعصاب.

٤ ـ **الوصلة**: يتفرع المحرو قبل نهايته إلى ليفات صغيرة كثيرة، وتوجد في نهاية كل ليفة منها عقدة صغيرة تسمى نهاية المحور، وتوجد مساحة صغيرة تفصل بين نهايات كل محور، وشجيرات كل خلية عصبية أخرى، وتسمى هنا المساحة الصغيرة بالوصلة.



(شكل ١٠)

وتقوم النبضة العصبية بالانتقال عبر هذه الوصلة إلى إحدى شجيرات الخلية العصبية المجاورة، فتتلقى الرسالة، وتقوم بدورها بنقلها إلى جسم الخلية العصبية ثم إلى محورها، حتى تبلغ نهايته، حيث تنتقل عبر الوصلة إلى إحدى شجيرات الخلية العصبية المجاورة، وهكذا تنتقل الرسالة خلال أعصاب جهازنا العصبي من جزء إلى آخر من الجسم[١].

---

(١) نجاتي، ص ٤٣.

ملاحظات هامة:

يصل الدماغ لصيغته العامة المتكاملة المتعارف عليها عادة لدى الكبار عند بلوغ الطفل عمر ٦ أو ٧ سنوات.

يزن الدماغ عند الجنين حوالي ٣٢٥ ـ ٣٥٠ غم، وفي عمر ست سنوات يتراوح بين ٨٠٠ ـ ٩٠٠ غم.

وما أن يصل لعمر ٦ أو ٧ سنوات حتى يبلغ وزنه الطبيعي ١٣٠٠ غم أو ٢٪ من الوزن العام لجسم الفرد.

ومتى يكتمل نمو الدماغ؟.

الخلية الدماغية كبقية الخلايا تتكون من ٤٦ كروموسوما ـ نصفها وراثي من الأب والنصف الآخر من الأم.

بينما تحمل هذه الكروموسومات الرموز أو الشيفرات الوراثية المتنوعة من خلال مادة حمضية تدعي (Dna)، تتألف بدورها من وحدات جينية تجسد كل منها التعليمات الكيماوية لتصميم وتطوير أعضاء الجسم المختلفة بما فيها الدماغ.

ملاحظات هامة:

الكروموسومات وجيناتها الوراثية كأي كائن حي تعمل. وتتكاثر من خلال البيئة التي تعيشها، فالبيئة الغنية بموادها ومنبهاتها وخبراتها هي أكثر فاعلية في تشغيل عمليات التكاثر الكروموسومية.

التسلسل الجيني بالرغم من استقراره النسبي في الأحوال العادية للنمو الإنساني، إلاّ أنه غير كامل أو مطلق.

فهناك العديد من العوامل الوراثية والبيئية التي تتعرض له وتغير نظامه إيجاباً بإنتاج مواصفات إنسانية مرغوبة كالبنية الصحيحة أو الذكاء المرتفع. أو سلباً كما في البنية العليلة والإعاقات الجسمية والشخصية المختلفة.

دخول عوامل وراثية أو بيئية طارئة في عمليات النمو الإنساني كزراعة الخلايا أو الأعضاء، أو حقن بعض المواد الكيماوية القادرة على تغيير الأنشطة الخلوية للجسم أو الدماغ.

الأبناء يختلفون نتيجة الزيجات المختلفة درجة واحدة على سبيل الافتراض في مواصفاتهم الشخصية المتنوعة عن والديهم، ودرجتين عن جدهم الأول، وثلاث درجات عن الثاني، وهكذا دواليك حتى نرى اختلافاً كبيراً بينهم وبين أسلافهم القدامى من الأجداد.

عندما يتم زواج أعلى ١٠٪ من الذكاء مع أدنى ١٠٪ سيؤدي للحصول على طبقة مرتفعة من الذكاء بعد سبع أجيال تقريباً حيث إن اقتران الجنيات المختلفة المرتفعة والمتدنية من الذكاء ينتج عبر الزمن مواصفات ذكائية مُعَدَّلة مرتفعة في الغالب.

من ناحية الأخرى. فإن تزاوج الأفراد المتقاربين أو المتشابهين في مواصفاتهم الجسمية والشخصية الأخرى، يؤدي إلى أبناء أكثر تمثيلاً للوالدين.

تؤكد الدراسات العديدة بهذا الصدد، بأن الغذاء كإحدى العوامل البيئية التي انعكف المختصون على بحث آثاره الفسيونفسية على الدماغ يؤثر إيجاباً أو سلباً وذلك بإيجابية أو سلبية.

ليس المقصود بالغذاء فقط (الغذاء التقليدي اليومي) بل أيضاً غذاء الأم للطفل بواسطة الحبل السري داخل الرحم، فالأم التي تمارس عادات غذائية سيئة كتناول الكحوليات أو المخدرات والتدخين وغيرها، يؤثر سلباً على نمو الدماغ وخلاياه واتصالاته العصبية لدى طفلها أو حملها.

ولا يتوقف هذا التأثير السلبي على البناء العصبي للدماغ، بل يتعداه إلى القدرات الإدراكية والذكائية عند الطفل في المستقبل.

الأسر الفقيرة التي تكافح لسد حاجاتها اليومية، وتمتاز في الوقت نفسه بتكاتف وتعاطف، أفرادها وقربهم النفسي من بعضهم، هي أقدر على توفير الغذاء النفسي لأبنائها. وهي الأقدر على تطوير المناطق الدماغية الحاسمة للإدراك والذكاء والتعلم. من بعض الأسر المترفة الممزقة التي ليس لديها وقت ملحوظ للتفاعل مع ناشئيها، وتعتمد في تربيته على المربين والعاملين.

إن الفقر المدقع ـ يؤدي إلى ضعف الخلايا المتكاثرة وبالتالي لقصور في البناء الدماغي، وتدني قدراته الإدراكية الذكائية.

إن الغذاء قد يتحكم إيجاباً أو سلباً في نظام ودرجة تكرارية الجينات الوراثية الدماغيـة لدى الفرد، منعكساً ذلك على نوع وقدرات بنائه الخلوي ثم وزنه الإجمالي.

يقول الدكتور محمد زياد: «إن الدماغ الذي يمتلك ١٢ بليون خلية عصبية مفكرة هو أقدر على الإدراك والذكاء والتعلم من نظيره الذي يمتلك مثلاً ١٠ بليون خلية»[١].

إن الخلايا الدماغية المتعاملة العصبيّة في نحوها هي أقدر على استقبال وإرسال ومعالجة الرسائل العصبية من نظيراتها العليلة/ الضعيفة، وبالتالي أكثر فعالية في تطوير الإدراك والذكاء والتعلم.

ليس الغذاء هو المؤثر الوحيد على البناء التكويني بل الخبرة المباشرة لتطوير الإدراك في القشرة الدماغية غير الملتزمة. بخلاف المناطق الأخرى التي درسناها (المناطق الحسية، البصرية، السمعية، الشمية، الذوقية) والتي تولد مع الغدد ملتزمة بأنواع محددة من الإدراك، لاعتبارات البقاء والاستمرار النوعي للإنسان.

إن نسبة وراثة الصفات الإنسانية إلى بيئتها تبلغ ٤ : (أي ٨٠٪ إلى ٢٠٪).

المؤثرات البيئية على الدماغ كثيرة منها ما هو غذائي، وما هو اجتماعي، أو إداري، أو تربوي ومنها ما هو نفسي أي ليست المعيقات والمؤثرات السلبية غذائية فقط.

المطلب الثالث

كيف يتم الإدراك عبر الخلايا الدماغية:

تفسيرات علمية: كل مجموعة من الخلايا تتخصص بنوع من المعلومات أو السلوك بعضها يتخصص في الإدراك المرئي، أو الإدراك السمعي أو الشمّي أو الذوقـي أو اللمسي أو الحركي... الخ حيث يمتلك كل منها نموذجاً عصبياً يقوم القطاع الخلوي عادة بتمييزه وإدراك المطلوب عندما تعرض له واحدة أو أكثر من حواسنا.

يمكن توضيح المعنى بمقارنة تلك النماذج بنماذج التليفون الكيرومغناطيسية

---

(١) حمدان مرجع سابق، ص ٢٤.

التي يتكون الواحد منها من مجموعة من الأرقام حيث يوصلنا استخدامها كل مرة للجهة المطلوبة دون غيرها.

موطن الإدراك:

موطن الإدراك هو الدماغ، ويُعرف الإدراك بأنه: استقبال الشيء بالحواس ثم استيعابه الكيموحيوي داخل الدماغ، ويكون مؤقتاً ويسمى بالذاكرة القصيرة أو طويلاً ويعرف بالذاكرة الطويلة والإدراك والذاكرة مفهومان فسيونفسيان، قرينان أو مترادفان من حيثِ الماهية والوظيفة والعمل.

هناك ترادف للذاكرة بأنواعها مثل: الإدراك المؤقت والإدراك لمدة طويلة.

والفرق بين الذاكرة المؤقتة والطويلة: هو أن الذاكرة المؤقتة تدوم بين ثلاث أو أربع ثوان ونصف ساعة أو أكثر أما الطويلة فتتعدى نصف الساعة إلى عدة ساعات أو أيام أو سنوات أو عمر الإنسان كله.

كيفية عمل الذاكرة:

يقول الدكتور محمد زياد «فقد أفاد العلماء بأن سيالة عصبية كيماوية تتكون خلال حدوث الذاكرة القصيرة في المنطقة الداخلية للقشرة المخية الملاصقة لمنطقة التلاموس.

وقد سميت الشريحة المسؤولة مباشرة عن تسجيل (إدراك) الخبرات القصيرة المتتابعة بدائرة بابي (papez circuit وأن الذاكرة الطويلة تحدث في الخلايا العصبية للقشرة المخية نتيجة تغيرات بروتينية دائمة في تركيباتها الكيموحيوية»[(١)].

ماهية الذكاء ووظيفته:

كيفية النشاط: وقد أردف الدكتور محمد زياد قائلاً: يقوم الدماغ الإنساني بنشاط الذكاء.

ماهيته: عبارة عن سيالات عصبية كيموكهربية تتكون من خلية أو مجموعة خلايا، وتنتقل بسرعة لا تتعدى أجزاء محدودة من الثانية من مصادرها الخلوية إلى أعضاء الجسم المختلفة المعنية بالسلوك المطلوب».

---

(١) حمدان، ص ٣٠، مرجع سابق.

نوع الذكاء	المعدل التقليدي	مدة الإدراك ـ الاستجابة المقترحة ـ سرعة الإدراك)
عبقري	١٤٠ +	. . ـ ٥ ثانية
متفوق جداً	١٣٠ - ١٣٩	٦ - ١٥ ثانية
متفوق	١٢٠ - ١٢٩	١٦ - ٢٥ ثانية
فوق المعدل	١١٠ - ١١٩	٢٦ - ٣٥ ثانية
عادي	٩٠ - ١٠٩	٣٦ - ٥٠ ثانية
تحت معدل	٨٠ - ٨٩	٥١ - ٧٠ ثانية
بليد	٧٠ - ٧٩	٧١ - ١٠٠ ثانية
مغفل	٤٩-	١٠١ ثانية+
معتوه	٤٩ -	١٠١ ثانية +
أحمق	٤٩-	١٠١ ثانية

والذكاء: وليد الإدراك ومؤشر سلوكي له، فالذكاء هو القوة الفاعلة للتعلم وللنجاح في تحقيق الآمال والرغبات الفردية والاجتماعية. وهو فعالية الدماغ، وعمله المتقدم، وعمل العقل يأتي نتيجة تفاعل وتداخل العوامل الوراثية والبيئية معاً.

وقد عرَّف الذكاء قائلاً: «هو القدرة على التعايش البناء مع البيئة المحيطة».

«فالذكاء يتحدد وهو في تغير مستمر ـ طبعاً للأفضل ـ نتيجة ازدياد النضج الفسيولوجي وتنوع الخبرات التي يتعرض لها الفرد». (بياجيه).

هو القدرة على إدراك المطلوب ثم إعطاء الاستجابة المناسبة في أقصر وقت ممكن.

مجالاته: يمكن أن تكون معرفية أو عاطفية أو اجتماعية أو حركية.

ويختلف حسب نوعه في السرعة (سرعة الإدراك).

تطوره: لا يحدث الذكاء فجأة لدى الفرد، بل متطور معه تدريجياً من حيث النوع والكم بتطور الدماغ ونموه.

يبدأ الذكاء مع الطفل بصيغة إدراك واستجابة حركية انعكاسية، مثل: المص

والنظر ومد اليد والمسك، لذا فإنه يرتقي بصيغة الإدراكية والحركية واللفظية خلال تدرج عمر الطفل حتى يصل للنظرية التجريدية مع سن ١٢ وما فوق.

فإن الطفل بعمر ثلاثة أشهر قادر على اللعب بدون أي أداة تقدم إليه، يُبدي ذكاءً مقبولاً، كالتلميذ الذي يستطيع مثلاً حل معادلة رياضية (جبرية) بعمر ١٢ أو ١٣ سنة لأن كلاً منهما استخدم بنجاح البناء الإدراكي المتوفر لديه (أي قدراته الذكائية الخاصة بعمره).

مقدار الذكاء: مقدار الذكاء الذي يتوفر للفرد خلال مراحل نموه المتتابعة كما يلي:

يتطور ٥٠٪ من ذكاء الفرد بعمر١٧، خلال الأربع سنوات الأولى من عمره[١].

يتطور ٣٠٪ من ذكاء الفرد بعمر ١٧، خلال الأربع سنوات الثانية أي خلال عمر ٥ ـ ٨ سنوات.

يتطور ٢٠٪ من ذكاء الفرد بعمر ١٧، خلال التسع سنوات التالية، أي خلال عمر ٩ ـ ١٧ سنة ولا بد أن نتعرض هنا لموضوع التعلم بشرح بسيط، لأن له صلة

المطلب الرابع

التعلم الإنساني:

وقد عرَّف الدكتور محمد زياد التعلم الإنساني «بأنه مفهوم نفسي يحدث نتيجة تغيرات في البناء الإدراكي للفرد».

ويستدل على وجوده عادة بمؤشرات سلوكية ملاحظة في الحياة المدرسية أو الاجتماعية.
الاجتماعية.

وقد تكون تغيرات التعلم: إيجابية: كما في السلوك والقيم السَّوية الرضية أو سلبية: كما في كافة أنواع السلوك غير المرضية الأخرى.

ويشترط قائلاً: كيف يحدث التعلم: «يحدث التعلم بتعرض الفرد لخبرات حسِّية في البيئة المحيطة، حيث تنتقل الإحساسات المرئية أو السمعية أو اللمسية أو الشمية أو النفسية عبر الجهاز العصبي الثانوي الموصل للدماغ. فتستقبله خلية خلية أو

---

(١) حمدان، مرجع سابق.

مجموعة خلوية فتكونا من آثاراتها العصبية الإدراك ثم التعلم المطلوب».

تمثيل بياني لهذه العملية: نشره الدكتور محمد زياد في كتابه السابق.

نظام الحواس ⟵ النظام العصبي ⟵ النظام السلوكي
(استقبال) (إدراك وتعلم) (سلوك) للجسم
(كيموحيوي)[1]

ملاحظة هامة: «لكن يحدث التعلم بصيغ صحيحة وكافية، فلا بد، بل يتوجب أن تكون الخبرات والمعارف مناسبة للفرد ولمحتوى بنائه الإدراكي أو لقدرته الإدراكية. بمعنى: ألا تكون الخبرات والمعارف موازية لما يملكه الفرد أو أسهل أو أصعب بكثير منها، أي أن تكون أعلى بقليل مما يتوفر لديه»[2].

«فإذا كان الذكاء يقرر نوع ودرجة التعلم، فإن التعلم يقرر بدوره ليس فقط شكل الفرد ومواصفاته الشخصية المتنوعة ومدى نجاحه في الحياة الخاصة والعامة، بل تركيبة المجتمع بكامله»[3].

ويشترط مناقشا (مناقشة فسيونفسية لعلاقاتها الوراثية والبيئية) «الإدراك والذكاء والتعلم كما سبق وإن قلنا: مفاهيم فسيونفسية تتواجد معاً في الدماغ، ويتمم بعضها بعضاً. فالدماغ وعاء للإدراك، والإدراك وعاء فسيونفسي للذكاء والتعلم. كل مرتبط بالآخر، فالتعلم يحدث عادة حسب ماهية ودرجة الذكاء والذكاء مؤشر لقدرة الدماغ على الإدراك والتعلم».

إن الدماغ وخلاياه ترث مواصفاتها الشكلية عن الوالدين ومع أن المعمل البشري يمنع دائماً من إنتاج نسخ كربونية للناشئة عن الوالدين. يأتي الأطفال عادة بمواصفات مختلطة للأب والأم. لأن الجينات تحدد شكل ووظائف الأعضاء الفسيولوجية المادية للفرد كلون البشرة والعينين والشعر، والطول أو القصر.. الخ.

فإذا كان الإدراك هو الإحساس بالشيء وفهمه، ويتم بإحدى الحواس المتوفرة

---

(١) حمدان، ص ٣٤، مرجع سابق

(٢) حمدان، ص ٣٤، مرجع سابق.

(٣) حمدان، ص ٣٤، مرجع سابق.

للإنسان ويحدث نظام معالجة عصبياً داخل الدماغ، لذا فإن الإدراك هو القاعدة الأساسية للذكاء وهو المستنبت الخصب لنمو قدراته وتفوقها.

فالذكاء: هو وسيلة لربط ما هو متوفر ذاتياً بما يجري خارجياً.

فإذا كان الربط سريعاً يمكن أن يقال عن الفرد ذكياً، وإذا كان الربط بطيئاً يوصف الفرد بالغباء أو البلادة.

يقول الدكتور/ محمد زياد حمدان في ص ٣٦:

أما التعلم: «فهو وسيلة فسيونفسية يتم خلالها تطوير معرفة جديدة بزيادة كمية في البناء الإدراكي».

ويلزم للفرد حتى يتم التعلم:

١ ـ إدراك الموضوع.

٢ ـ تكوين استجابة أو مفهوم أو خبرة جديدة خاصة به.

ومن هنا يقوم التعلم بمفهومه وحدوثه على الإدراك والذكاء وكما سبق أن نوّهنا ـ فالتعلم يحدث عادة حسب ماهية ودرجة الذكاء.

فالمعادلة ستكون كما يلي: ـ إدراك + ذكاء = تعادل، فإذا سلَّمنا بأن الخلايا الدماغية موروثة، فإن قوة ومحتوى سيالانها العصبية وما تمثله بالتالي من إدراك وذكاء وتعلم هي نتاج مباشر للبيئة.

تعريف السيَّالة العصبية:

«السيَّالات العصبية هي رسائل كيموكهربية (أي كيمياء كهربية) تتكون بتبادل أيونات البوتاسيوم خلية داخل الخلية مع نظيراتها للصوديوم الإيجابية على طرف الغشاء الخلوي الشفاف من الخارج وينتج عن هذا التبادل الأيوني حدوث ومضات كهربية خفيفة، ويصحبه حدوث فرق في الجهد الكهربي بين طرفي الخلية تتراوح شدته بين ستين وتسعين ميكيوفولت[١]».

---

(١) حمدان مرجع سابق، ص ٣٧.

بالشرح المبسط: يحدث الإدراك كما يلي موضحاً بالرسم:

سيالات عصبية حسية + سيالات عصبية دماغية + خبرات (سيالات عصبية سابقة)

(بالحواس) (آلية) (داخل الدماغ) معارف سابقة بالدماغ

= إدراك

وتكون السيالات (السابقة في الذاكرة الطويلة ونظام السيالات الآتية والسابقة يسمى نظام المعالجة العصبية بالدماغ ويتم ذلك في الجزء الخاص بالتفكير في الفص الصدغي. وفي النهاية يؤدي هذا النظام إلى الإدراك.

ومن أمثلة الرسائل العصبية: التفكير والتأمل + الجوع العطش + الألم والفرح وهكذا. وهي تتمثل في سلوكيات مختلفة.

وكما أسلفنا يتم ذلك في الخلية المفكرة (المثارة) (منطقة استقبال ثم منطقة معالجة ثم منطقة مخ اكسوني ثم منطقة إرسال اكسوني).

إن الإدراك والذكاء والتعلم حصيلة متداخلة لكل من الوراثة والبيئة ولكيفيات وفرص تفاعلها معاً.

وراثة عادية + بيئة عادية + تفاعل عادي للوراثة مع البيئة.

= تركيبة وراثية بيئية متعادلة بالإدراك والذكاء والتعلم.

تطور ونماء الإدراك عند الطفل:

في السنة الأولى: تتحول المعارف التي يدركها الطفل بالذاكرة القصيرة لإدراك دائم في الذاكرة الطويلة.

وهكذا نرى أن الطفل يبدأ بتكوين انتماء حميم لوالديه والاعتماد عليهما في الإحساس بوجوده، وقضاء حاجاته واتصالاته بالآخرين، كل ذلك نتيجة لبداية تكوين الذاكرة الدائمة عنده.

ويتطور إدراك الطفل في الفترة بين سنتين وسبع سنوات، حيث يبدأ بتصنيف الناس والأشياء والتعامل معها ومعالجة المواقف التي يمر بها.

وعند بلوغ سن السابعة يقوم الطفل بالتوظيف شبه الشامل للدماغ فمناطقه

المختلفة الملتزمة وغير الملتزمة في إدراك الأشياء. فكما يقول بياجيه، يقوم الطفل بالتفكير المنطقي المرتبطة بمفهوم بقاء الأشياء (أي تغيرها من حالة إلى حالة مع بقائها).

وفي سن الثانية عشرة: يرتقي تفكير الطفل وهو ما يُعرف بالتفكير التأملي الذي لا يرتبط مباشرة بالحواس الخمس، بل بالإدراك الذاتي، وعمليات التفكير داخل الدماغ نفسه.

وهكذا يتطور الدماغ خلال عمر الفرد وينمو معه الإدراك والذكاء والتعلم من خلال البيئة وخبراتها المتفاعلة.

أمّا الدكتور فاخر عاقل فقد أسهم في موضوع الدماغ والتعلم بما يلي فقل «إن القشرة الدماغية (اللحاء) هي المسؤولة عن تنظيم فعاليات الأجزاء المكونة لها، وقدرة الإنسان على تعلم المهارات المعقدة. لكن توجد أجزاء أو أقسام أخرى لها وظائف هامة تؤثر كثيراً في قابلية الإنسان للتعلم، وتسمى أحياناً بالأجزاء تحت اللحائية. وتنظم أموراً عدة، مثل مستوى شعورنا بالحاجة إلى الطعام، والحاجة إلى الشراب وكذلك الانفعالات.

وكل هذه الحاجات لها تأثيرها المباشر على التعلم، وأن سوء عمل هذه الأجزاء يؤدي إلى تدلي التعلم.

وأن هذا الجزء الهام من الدماغ يسمى بـ(ما تحت السرير البصري). Hypothalanus، الهايبوثلاموس. وفي الظروف العادية (الشعرية) تعمل المناطق تحت اللحائية من الدماغ واللحاء نفسه عملاً متكاملاً. ويعمل العقل البشري في ثلاثة أنظمة تعمل بأسس مختلفة، تسمى هذه الأنظمة بالدماغ الثالوثي وهي: .

الدماغ الثالوثي:

رتُب العقل البشري في ثلاثة أنظمة بأسس مختلفة وتسمى هذه الأنظمة بالدماغ الثالوثي.

الجزء الأول:

هو العقل الجسمي، ويقع في الجزء الخلفي السفلي من الدماغ. وهو الجزء

الذي يؤثر على الفعاليات الجسدية مثل عملية التنفس والدورة الدموية، ويلعب دوراً هاماً في يقظة الإنسان.

الجزء الثاني:

العقل العاطفي، ويتوسط موقعة في الدماغ، وهنا يوجد النظام الكيميائي المتأثر بعواطف المتعلم.

كما يوجد تداخل التنشيط الذاكرة، وهذه المنطقة تؤثر في فعاليات القلق والانتباه، والشعور بالذات، كما يعتمد على هذه المنطقة لربط الخبرات الخارجية والداخلية.

الجزء الثالث:

هو الجزء الأكبر من الدماغ، ومغلف للجزئين الآخرين من الدماغ (الجزء الأسفل والأوسط). وفي هذا الجزء تحفظ معلومات عن الأحاسيس، وتعمل القرارات، وتتم فعاليات اللغة والمحادثة، ويؤدي هذا الجزء دور كمستودع وموزع للمعلومات، وهذه الأجزاء مترابطة وأعقدها الجزء الأكبر، ويؤثر على باقي الأجزاء.

الأطفال بحاجة إلى تطوير نماذج التفكير، والقدرة على إنشاء قوة الشخصية، والقدرة عى ضبط التوتر، والقدرة على بناء استراتيجيات التعلم، والقدرة على تقييم النتائج بشكل جيد.

ومن أهم مسؤوليات المعلم الرئيسية، هي بناء الاتصالات الشخصية، والقوة الذاتية عند الطفل، وجعله قادراً على أخذ زمام المبادرة في الأمور، ويبقى سلوك جميع الأطفال متأثراً بالضبط المركزي أو الضبط الداخلي، والنجاح والإنجاز. كلها تأتي مع قوة الشخصية والإدراك الذاتي، ومساعدة الأطفال على تطوير قدرتهم على الضبط المركزي والإدراك الذاتي وقوة الشخصية.

المبحث الثالث
(التخلُّف العقلي)

مصطلحات تعبر عن الإعاقة العقلية:

١ ـ التخلف العقلي Mental Retardation.

٢ ـ (النقص العقلي) Mental Deficience.

٣ ـ الضعف العقلي Mental subnormal.

المطلب الأول

تعريف: مفهوم التخلف العقلي:

لا يوجد تعريف واحد مقبول للتخلف العقلي بشكل عام، والتعريف الشامل للتخلف العقلي يجب أن يصف مظاهر تلك الحالة التي تنطبق على كل حالات التخلف، لذا يجب أن تتضمن كل العوامل الطبية والاجتماعية والنفسية والجسمية والتربوية المتداخلة.

١ ـ التعريف الاجتماعي:

(تعريف من وجهة نظر الصلاحية الاجتماعية):

عرَّف تريد ـ جولد (Tredgold) التخلف العقلي بأنه حالة عدم اكتمال النمو العقلي إلى درجة تجعل الفرد عاجزاً عن مواءمة نفسه مع بيئة الأفراد العاديين بصورة تجعله دائماً بحاجة إلى رعاية وإشراف ودعم خارجي[١].

ومعنى **الصلاحية الاجتماعية**: هي قدرة الفرد على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة

---

(١) د. سليمان الريحاني ـ التخلف العقلي ـ ص ٣٥.

مع غيره من الأفراد كمظهر من مظاهر نموه الاجتماعي، الذي يتمشى مع نمو الفرد الجسمي والعقلي والعاطفي.

وتسمى هذه القدرة أيضاً بالسلوك التكيفي.

وتتمشى تلك العلاقات مع ظروف بيئته العادية بشكل يجعله قادراً على أن يكون مستقلاً عن غيره من الأسوياء.

أما إذا لم يتوفر هذا الشرط (شرط الصلاحية الاجتماعية) فإن الفرد يكون متخلفاً عقلياً.

أما نسبة الذكاء المنخفضة أو المرتفعة عند تريد ـ جولد فلا قيمة لها، فقد تكون نسبة ذكاء فرد ما قريبة من المتوسط في حدود ٩٠ ـ ١٠٠ ولكنه يفتقر إلى القدرة على التكيف الاجتماعي، ويعتبر في نظر تريد ـ جولد متخلفاً عقلياً.

وعلى العكس من ذلك فقد تكون... نسبة ذكاء فرد آخر دون مستوى ٧٠ ولكنه قادر على التكيف مع البيئة، فيعتبر في نظر تريد ـ جولد غير متخلف عقلياً.

إلا أن تعريف تريد ـ جولد لم يكن واضحاً للصلاحية الاجتماعية، ولم يتمكن من وضع معيار محدد لذلك.

وبذلك يكون تعريف الصلاحية الاجتماعية غامضاً لا يمكن الاعتماد عليه، إلا حين تحديد معيار للصلاحية الاجتماعية بشكل واضح.

وقد ظهرت مقاييس عدة من قبل لقياس القدرة العقلية مثل مقياس ستانفورد بينيه، ومقياس وكسلر، قبل المقاييس الاجتماعية، إلاّ أنها تعرضت لانتقادات عدة، من حيث الصدق والتأثر بالعوامل العرقية والثقافية والعقلية والاجتماعية.

وممن تعرض للمقاييس الاجتماعية (ميرسر Mercer ١٩٧٣ م) (وجنسن ١٩٨٠ Jencen).

وقد ركز التعريف الاجتماعي عندهم على مدى نجاح أو فشل الفرد في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع نظرائه من نفس المجموعة العمرية، وقد ركز على هذا المعنى (دول ١٩٤١ Doll) و (هيبر Heber ١٩٥٩) وَجروسمان ١٩٧٣ م (Grossman).

وقد عُبِّر عن موضوع الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية بمصطلح السلوك التكيفي Adaptive Behavior.

٢ ـ التعريف الطبِّي:

يعتبر التعريف الطبي من أقدم التعريفات الخاصة بالإعاقة العقلية.

ففي عام ١٩٠٠ م ركّز إيرلاند ـ Irland على الأسباب المؤدية إلى إصابة المراكز العصبية. والتي تحدث قبل أو بعد الولادة.

وكذلك عام ١٩٠٨ م قد ركز أيضاً تريد ـ جولد على الأسباب المؤدية إلى عدم اكتمال عمر الدماغ سواء كانت تلك الأسباب قبل الولادة أو بعدها.

٣ ـ التعريف السيكومتري (الإحصائي):

ظهر هذا التعريف نتيجة للتطور في حركة القياس النفسي على يد (بينيه في عام ١٩٠٥ Benit) وما بعدها تحت اسم مقياس ستانفورد بينيه للذكاء (Stanford - Benit intelligence scale) وقد ظهر هذا المقياس نتيجة إجراء عدد من التعديلات في جامعة ستانفورد. في الولايات المتحدة الأمريكية. (١٩١٦ ـ ١٩٦٠).

ثم ظهرت مقاييس أخرى منها: مقياس وكسلر للذكاء (Wechesler intellegence scale for children 1949).

وقد اعتمد التعريف السيكومتري على نسبة الذكاء، وقد اعتبر هذا المقياس أن نسبة الذكاء التي تقل عن ٧٥ يكون صاحبها معوقاً عقلياً.

٤ ـ تعريف: (دول Doll 1945):

يعرف دول التخلف العقلي من وجهة نظر نفسية اجتماعية، تعريفاً شاملاً محدداً، محاولاً التغلب على العيوب التي يقع بها (تريد ـ جولد) فقد اعتمد الصلاحية الاجتماعية، كما قدم وسيلة للتعرف على هذه الصلاحية بشكل أكثر تحديداً وشمولاً مما قدمه تريد ـ جولد.

ويعرف (دول) التخلف العقلي:

فيقول: (إن الشخص المتخلف عقلياً إنما هو الشخص الذي تتوفر فيه الشروط التالية):

١ ـ عدم الكفاءة الاجتماعية بشكل يجعل الفرد غير قادر على التكيف الاجتماعي بالإضافة إلى عدم الكفاءة المهنية وعدم القدرة على تدبير أموره الشخصية.

٢ ـ أنه دون مستوى الفرد العادي من الناحية العقلية.

٣ ـ أن تخلفه العقلي قد بدأ إمّا منذ الولادة أو في سنوات عمره المبكرة.

٤ ـ أنه سيكون متخلفاً عقلياً عند بلوغه مرحلة النضج.

٥ ـ يعود تخلفه العقلي إلى عوامل تكوينية إمّا وراثية أو نتيجة مرض ما.

٦ ـ والشرط الأخير أن حالته غير قابلة للشفاء.

وبهذا يكون (دول) قد وضع تعريفاً محدداً وواضحاً وشاملاً أكثر دقة وتحديداً من تريد ـ جولد، وذلك لأنه جعل الشرط الثاني للتخلف: أن يكون صاحب الحالة أقل من العاديين من الناحية العقلية فإن لم يكن كذلك فإنه ليس متخلفاً حتى وإن كان عاجزاً عن التكيف الاجتماعي، في حين أن هذا الشخص يعتبر عند تريد ـ جولد متخلفاً عقلياً.

٥ ـ تعريف هيبْر (Heber ١٩٦١) الذي تبنّته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (American Associlation on Mental Deficieney) (A-A. M.D).

ومؤداه: أن التخلف العقلي يشير إلى مستوى الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن المتوسط والذي يظهر في مرحلة النمو مرتبطاً بخلل في واحدة أو أكثر من الوظائف التالية:

١ ـ النضج.
٢ ـ التعلم.
٣ ـ التكيف الاجتماعي.

وقد ذكر سميث (Smith 1961) أن الجمعية الأمريكية (A.A.M.D) حاولت توضيح هذا التعريف من خلال النقاط الأساسية التي جاءت فيه وذلك على النحو التالي:

١ ـ الأقل من المتوسط:

بمعنى أن هذا الفرد سيكون من بين فئة ١٦٪ الدنيا من أبناء عمره في أدائه العقلي. بمعنى أن الأداء الوظيفي العقلي للفرد الذي يعتبر متخلفاً عقلياً حسب هذا التعريف إنما ينخفض عن المتوسط بمقدار انحراف معياري واحد على الأقل.

٢ ـ الأداء الوظيفي:

بمعنى أن الفرد قد خضع إلى عملية تقييم أو اختبار بقدر كافٍ من الشمول. بحيث يغطي ما أمكن من الخصائص العقلية التي يمكن قياسها.

مثل:

١ ـ قائمة الكفاية الاجتماعية للراشدين ١٨ ـ ٦٥ سنة.

٢ ـ مقياس فينلاند للنضج الاجتماعي من ١ ـ ٣٠ سنة.

٣ ـ الصحة النفسية لأداء المعوقين عقلياً القابلين للتدريب والمعوقين إعاقة بسيطة وشديدة غير محدد العمر.

٤ ـ مقياس السلوك التكيفي للمعوقين عقلياً غير محدد العمر.

وتقيس هذه المقاييس عدة مهارات منها:

- مهارات الحياة اليومية.
- مهارات الطعام والشراب.
- مهارات الملابس.
- مهارات العناية الذاتية.
- مهارة المظهر العام.

٣ ـ مرحلة النمو:

ويقصد بها المرحلة الممتدة التي منذ البداية ـ بداية الإخصاب حتى سن السادسة عشرة.

٤ ـ النضج:

ويشير إلى المعدل أو الدرجة التي تنمو إليها المهارات الأساسية التي ترتبط

بشكل عام بمرحلة الحضانة والطفولة المبكرة.

مثل: الحبو والمشي والكلام والتحكم بعمليات الإخراج والأكل.

٥ ـ التعلم:

وتشير إلى قدرة الفرد على الحصول على المعرفة والاستفادة من خلال الخبرة.

٦ ـ التكيف الاجتماعي:

ويشير إلى قدرة الفرد على ممارسة الاستقلالية في المحافظة على الذات في البيئة المحلية والعمل، وخلال السنوات المدرسية الأولى.

لذا فإن (هبر ١٩٦١ Heber) يتفق مع دول (Doll) إلى حد كبير (في أن قدرة الفرد على التكيف الاجتماعي: أنها القدرة على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة وسليمة مع الأفراد الذين يتفاعل معهم.

وقد ظهر تعريف هبر ١٩٥٩ وروجع عام ١٩٦١ م وتبنته الجمعية الأمريكية) ويشير تعريف (هبر ١٩٦١ Heber) إلى: أن الإعاقة العقلية تمثل مستوى الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن متوسط الذكاء بانحراف معياري واحد. ويصاحبه خلل في السلوك التكيفي ويظهر في مراحل العمر النمائية.

منذ الميلاد وحتى سن (١٦)، ولكن في عام ١٩٧٣، ونتيجة للانتقادات التي تعرض لها تعريف هيبر والتي خلاصتها: أن الدرجة التي تمثل نسبة الذكاء كحد فاصل بين الأفراد العاديين أو الأفراد المعاقين عقلياً عالية جداً، الأمر الذي يترتب عليه زيادة نسبة الأفراد المعاقين في المجتمع لتصبح ١٦٪، ولذلك تحت مراجعة تعريف هيبر السابق من قبل جروسمان (Grossman ١٩٧٣) وظهر تعريف جيد للإعاقة العقلية ويشير التعريف الجديد إلى ما يلي[1]:

تمثل الإعاقة العقلية مستوى الأداء الوظيفي العقلي والذي يقل عن متوسط الذكاء بانحرافين معياريين، ويصاحب ذلك خلل واضح في السلوك التكيفي، ويظهر في مراحل العمر النمائية. منذ الميلاد وحتى سن (١٨).

---

(١) الروسان، ص ٧٢، مرجع سابق.

وتبدو الفروق واضحة بين تعريف هيبر في عام ١٩٥٩م.

وتعريف جروسمان في عام ١٩٧٣ ويمكن تلخيص تلك الفروق فيما يلي:

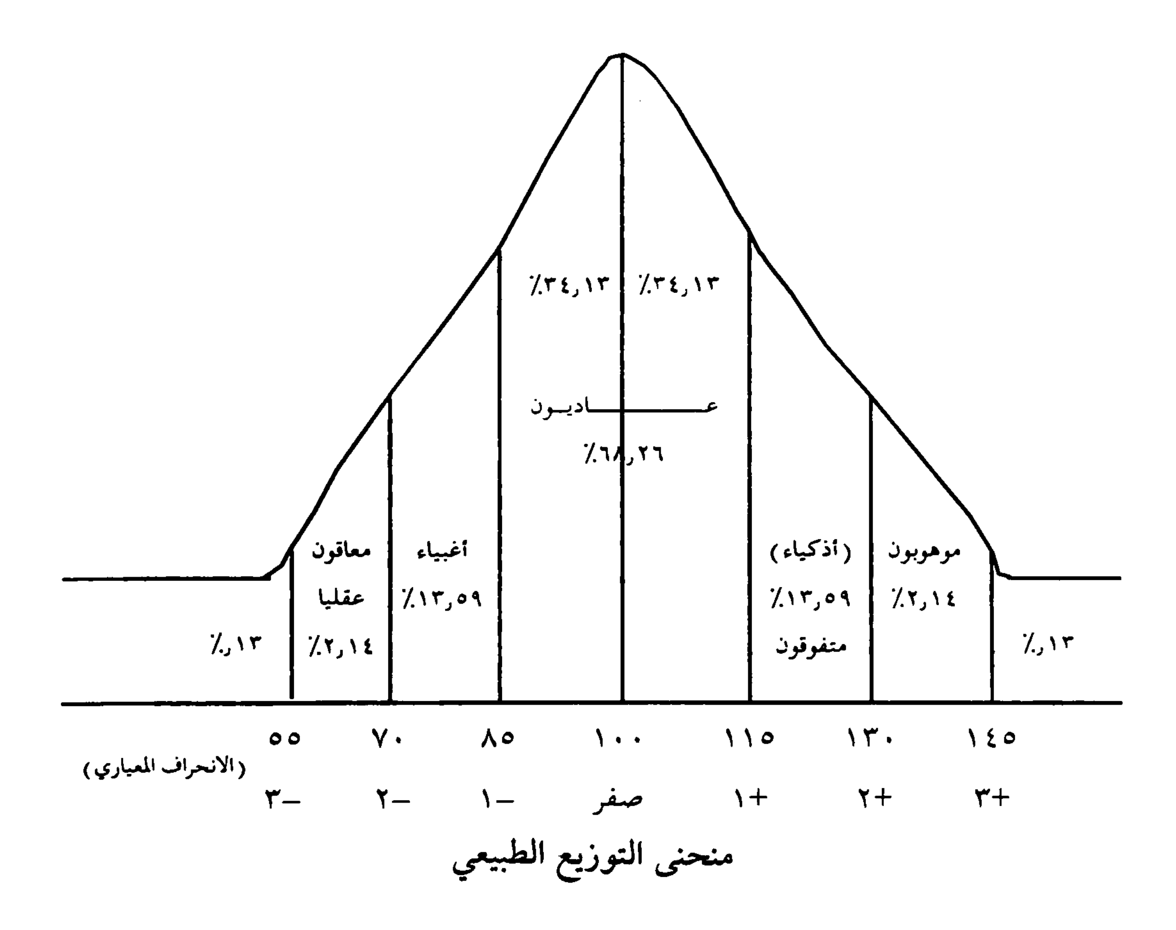
١ ـ كانت الدرجة (نسبة الذكاء) التي تمثل الحد الفاصل بين الأفراد العاديين، والأفراد المعاقين حسب تعريف هيبر (٥٨ أو ٨٤) على مقياس وكسلر أو مقياس (ستانفورد بينيه. في حين أصبحت الدرجة (نسبة الذكاء) التي تمثل الحد الفاصل بين الأفراد العاديين والمعاقين حسب تعريف جروسمان (٧٠ أو ٦٩) على نفس المقاييس السابقة.

٢ ـ تعتبر نسبة الأفراد المعاقين عقلياً في المجتمع حسب تعريف هيبر ٨٦، ١٥٪ في حين تعتبر نسبة الأفراد المعاقين عقلياً في المجتمع حسب تعريف جروسمان ٢٧, ٢٪.

٣ ـ كان سقف العمر النمائي حسب تعريف هيبر هو سن ١٦ سنة، في حين أصبح سقف العمر النمائي حسب تعريف جروسمان هو سن ١٨ سنة.

ويوضح منحنى التوزيع الطبيعي أو منحنى التوزيع الاعتدالي، توزيع نسب الذكاء في المجتمع والتي تفسر الفروق في تعريف الإعاقة العقلية لدى كل من هيبر وجروسمان.

وتقع فئة الإعاقة العقلية إلى أقصى اليسار من منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية.



منحنى التوزيع الطبيعي

ويعتبر تعريف جروسمان (١٩٧٣) من أكثر التعريفات قبولاً في أوساط التربية الخاصة، وقد تبنت الجمعية الأمريكية هذا التعريف منذ عام ١٩٧٣ وحتى الوقت الحاضر.

وقد جمع تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي بين المعيارين السيكومتري والمعيار الاجتماعي.

تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية (A.Amd) (١٩٩٢) ويتضمن هذا التعريف ما يلي:

«هو انحراف شديد عن المتوسط في الوظيفة العقلية ويوجد متزامناً أو مرتبطاً مع ضعف شديد في جانب أو أكثر من المهارات التكيفية التالية:

١ ـ الاتصال.

٢ ـ العناية بالذات.

٣ ـ مهارات الحياة اليومية.

٤ ـ المهارات الاجتماعية.

٥ ـ استخدام البيئة المحيطة.

٦ ـ التحكم بالذات.

٧ ـ الصحَّة والسلامة.

٨ ـ المهارات الأكاديمية.

٩ ـ العمل والترفيه.

٦ ـ تعريف جروسمان (Grossman ١٩٧٣):

والذي تأخذ به الرابطة الأمريكية للضعف العقلي، ومؤدى هذا التعريف:

«التخلف العقلي حالة عامة تشير إلى الأداء الوظيفي المنخفض بشكل واضح في العمليات العقلية، وتوجد متلازمة مع أشكال من القصور في السلوك التكيفي، ويظهر ذلك خلال الفترة النمائية من حياة الفرد[١]».

ويشير الشق الأول من التعريف إلى: أن التخلف العقلي الخفيف يعتبر بداية لتحديد الأداء الوظيفي المنخفض بشكل واضح من العمليات العقلية، وأن يبلغ هذا الانخفاض مقدار انحرافين معيارين دون المتوسط بالنسبة لاختبار الذكاء المستخدم في عملية التشخيص.

ويشير الشِّق الثاني للتعريف: أن الأداء الوظيفي العقلي المنخفض لا بد أن يكون مصحوباً بأشكال من قصور الأداء في السلوك التكيفي حتى يمكن تشخيص الحالة على أنها تخلف عقلي، ومع ذلك فإن الأفراد الذين يظهرون سلوكاً تكيفياً وسلوكاً اجتماعياً مقبولاً، لا يعتبرون حالات من التخلف العقلي طبقاً لهذا التعريف.

أما الشِّق الثالث من التعريف: فإنه يتعلق بحقيقة هامة، هي أن الأداء الوظيفي العقلي المنخفض وأشكال القصور في السلوك التكيفي، وهما المحطان الأساسيان لتحديد التخلف العقلي، يجب أن تظهر أثناء الفترة النمائية للفرد حتى تمتد حتى سن

---

(١) يوسف، ص ٣٠، مرجع سابق.

الثامنة عشرة كشرط لاعتبار الحالة تخلفاً عقلياً. ولعل السلوك الاجتماعي أو السلوك التكيفي المكون الثاني في تعريف التخلف العقلي، يعتبر من أكثر مجالات السلوك الإنساني صعوبة في التقدير والقياس الدقيق.

أمثلة تشير إلى أشكال القصور في السلوك التكيفي:

أولاً: في مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة (أي قبل سن الثالثة):

يجب ملاحظة الطفل فيما يتعلق ببعض المظاهر النمائية، مثل الجلوس والوقوف، والمشي، والمحافظة على وضع اعتدال الرأس فالأطفال الذين تنحرف استجاباتهم في هذه المظاهر وأمثالها عن المعايير الموضوعة لمثل هذه الواجبات النمائية يحتاجون إلى دراسة وفحص في إطار القصور في السلوك التكيفي.

٢ ـ عند الأطفال سن ما قبل المدرسة:

تعتبر مظاهر القصور في مهارات الاعتماد على النفس، مثل: المشي والكلام، وارتداء الملابس وتناول الطعام.

هذه محددات أولية يتم على أساسها الحكم على القصور في السلوك التكيفي.

٣ ـ عند الأطفال: سن المدرسة الابتدائية:

تعتبر مظاهر القصور في مهارات الاعتماد على النفس مع عدم القدرة على التواصل فيما يتعلق بالحاجات والرغبات العادية، بالإضافة إلى عدم القدرة على مسايرة المهارات الأكاديمية الأساسية اللازمة لمواقف الحياة اليومية. كل هذه تعتبر محددات القصور في السلوك التكيفي.

عَوْد إلى التخلف العقلي وتعريفه:

يرى بعض الباحثين أن التخلف العقلي عرض من الأعراض الظاهرة، ويشير إلى حالة من عدم الاتزان الكيميائي.

ويرى آخرون: بأنه عرض لنوع من الاضطراب الانفعالي والعاطفي الحاد.

ويرى الاجتماعيون: بأن التخلف العقلي انعكاس ونقص الاستثارة النفسية الاجتماعية.

ويرى آخرون بأن التخلف العقلي في أحد مظاهره هو درجة ما من القصور في الذكاء.

فإن اختبارات الذكاء تعتبر من الأدوات التي يمكن تطويرها بقصد تحديد المستوى الوظيفي الذي يصل إليه الفرد في أداء الأنشطة العقلية.

المطلب الثاني
الفرق بين الضعف العقلي والمرض العقلي

الضعف العقلي ليس مرضاً، وإنّما هو حالة تظهر منذ الطفولة المبكرة، فيضعف النمو العقلي، ويسوء التوافق النفسي الاجتماعي ولا يمكن شفاؤها. إنَّما المرض العقلي مثل: الاكتئاب أو الفصام... الخ. قد يصيب الأفراد الذين يتمتعون بدرجة من الذكاء، في أي مرحلة من مراحل النمو، بعد أن كان الفرد من قبل عادياً. وهذا يمكن شفاؤه.

فالضعف العقلي مشكلة متعددة الأبعاد، فهو مشكلة طبية ونفسية وتربوية واجتماعية. إذ تصاحبه عادة اضطرابات نفسية وجسمية تظهر آثارها في المجال التحصيلي والمجال الاجتماعي وغيرها من المجالات.

المطلب الثالث
تصنيف الضعف العقلي

هناك عدة تصنيفات للضعف العقلي منها:

١ ـ تصنيف فئات التخلف العقلي (نسبة الذكاء) طبقاً للأداء العقلي.
٢ ـ تصنيف فئات التخلف العقلي طبقاً للسلوك التكيفي (نفسي اجتماعي).
٣ ـ تصنيف فئات التخلف على أساس الأسباب.
٤ ـ تصنيف فئات على أساس الشكل الخارجي (التصنيف الإكلينيكي).
٥ ـ تصنيف فئات التخلف التربوي.
٦ ـ أ ـ تصنيف الجمعية الوطنية الأمريكية للأطفال المتخلفين.
ب ـ تصنيف منظمة الصحة العالمية.
جـ ـ تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي.

أولاً: أ ـ التصنيف طبقاً للأداء العقلي (نسبة الذكاء):[1]

فئات التخلف العقلي	معدل الانحرافات المعيارية	مستويات نسب الذكاء	
		وكسلر ١٥	بينيه ١٦
١ ـ التخلف العقلي الخفيف Mild	٢ ـ ٣	٦٩ ـ ٥٥	٦٧ ـ ٥٢
٢ ـ التخلف العقلي المعتدل Moderate	٣ ـ ٤	٥٤ ـ ٤٠	٥١ ـ ٣٦
٣ ـ التخلف العقلي الشديد Severe	٤ ـ ٥	٣٩ ـ ٢٥	٣٥ ـ ٢٠
٤ ـ التخلف العقلي الحاد Profound	أكثر من ٥	أقل من ٢٥	أقل من ٢٠

أما الانحراف المعياري لاختبار بينيه ١٦ درجة في حين الانحراف المعياري لاختبارات وكسلر يبلغ ١٥ درجة.

ب ـ منحنى الاعتدال الطبيعي Normal Carve أو منحنى الاعتدال السوي أو الناقوس.

ويسمى (بمنحى غوس Gouss).

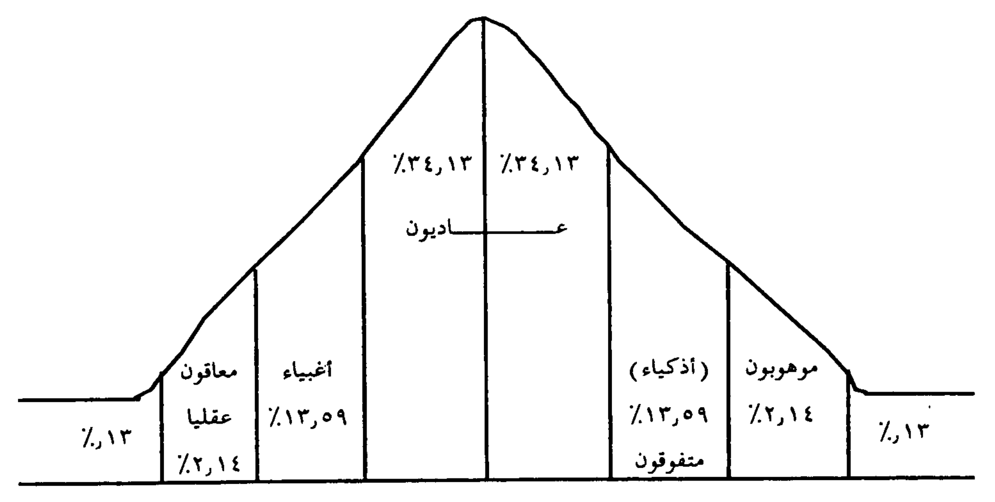
وعلى هذا الأساس يقسم علماء النفس.

نسبة الذكاء على أساس الانحراف المعياري عن المتوسط الحسابي لنسبة أفراد المجتمع.

ويتفق معظم علماء النفس ومن بينهم وكسلر على أن التخلف العقلي يبدأ عند نسبة ذكاء ٧٠ درجة التي تقل عن المتوسط بدرجتين معياريتين.

---

(١) ١٤١٤/١٤١٥ هـ/ مذكرات الجامعة ـ د. جمعة يوسف سيد.



نسب الذكاء:

١٦٠ ١٤٥ ١٣٠ ١١٥ ١٠٠ ٨٥ ٧٠ ٥٥ ٤٠

+٤ع + ٣ع + ٢ع + ١ع صفر -١ع -٢ع -٣ع -٤ع.

الانحرافات المعيارية:

نسبة الذكاء = العمر العقلي / العمر الزمني × ١٠٠ = ٥٨ / ٥٨ × ١٠٠ = ١٠٠.

وينقسم مقياس وكسلر إلى ثلاثة أقسام وهي:

١ ـ مقياس وكسلر لذكاء الكبار.

٢ ـ مقياس وكسلر لذكاء الأطفال.

٣ ـ مقياس وكسلر لذكاء الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة.

ولقد تمَّ تصنيف الأفراد على أساس ثلاث فئات كما تقيسها اختبارات الذكاء.

وهي:

١ ـ المأفون Moron:

وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة بين ٥٠ ـ ٧٠ درجة. ويتراوح العمر العقلي لإفراد هذه الفئة في حده الأقصى بين ٧ ـ ١٠ سنوات ومن خصائصه العقلية المعرفية أن

الطفل غير قادر على متابعة الدراسة في فصول الدراسة العادية ويحتاج إلى مدارس أو فصول خاصة.

ومن الناحية الاجتماعية: نجده على درجة معقولة نسبياً من التوافق الاجتماعي في شكل بسيط ويستطيع أن يحافظ على حياته.

ومن الناحية الاقتصادية: يستطيع أن يكسب عيشه من العمل في حرفة متواضعة بعد التدريب وتحت الرقابة والتوجيه.

وتمثل هذه الفئة حوالي ٧٥٪ من مجموع المتخلفين عقلياً.

٢ ـ الأبله: Imbecile:

وتتراوح نسبة ذكاء الأبله بين ٢٦ ـ ٥٠ درجة.

وتبلغ نسبتهم حوالي ٢٠٪ من مجموع ضعاف العقول.

ويتراوح العمر العقلي في أقصاه بين ٣ ـ ٧ سنوات ومن خصائصه العقلية: أن الطفل غير قابل للتعليم، إلاَّ أنه قابل للتدريب ـ تحت الإشراف ـ على بعض المهارات التي تساعده على المحافظة على حياته ضد الأخطار الخارجية كالنار والسيارات والغرق مثلاً.

ولا يستطيع القيام بعمل مفيد، وبالتالي لا يستطيع أن يعول نفسه.

ومن **الناحية الاجتماعية**: لا يستطيع التوافق الاجتماعي ويكون غير مسؤول اجتماعياً.

ومن الناحية الانفعالية: تكون انفعالاتهم غير واضحة، بعضهم يكون مرحاً، وبعضهم يكون متوعك المزاج، وبعضهم يكون هادئاً، وبعضهم غير مستقر وعدواني ومخرب.

٣ ـ المعتوه: Idiot:

تقل نسبة ذكاء أفراد هذه الفئة عن ٢٥ درجة، وتبلغ نسبتهم ٥٪ من مجموع ضعاف العقول، ولا يزيد عمر الطفل العقلي في أقصاه عن ٣ سنوات.

ومن **خصائصه العقلية**: أنه غير قابل للتعليم أو التدريب، ولا يستطيع القراءة أو

الكتابة مطلقاً، ويكون التفكير معدوماً. والكلام عنده غير واضح ومشوه.

ومن **الناحية الاجتماعية**: يكون غير مسؤول اجتماعياً. وغير متوافق اجتماعياً، ويحتاج إلى رعاية كاملة، وإشراف مستمر طوال حياته، كالأطفال ولا يستطيع كسب عيشه ولا حماية نفسه من الأخطار.

ومن **الناحية الانفعالية**: يكون مخل الانفعالات تماماً، وغالباً ما تلاحظ لديه نقائص في التكوين الجسمي، ويكون عنده تلف المخ كبيراً.

وقد وجهت انتقادات عدة لهذا التصنيف المعتمد على نسبة الذكاء، على اعتبار أنه لا يضيف معرفة جديدة عن الطفل في فئة ما. بمعنى أن نسبة الذكاء ليست العامل الأساسي الذي يحدد سلوك الفرد، وليست هي المسؤولة الوحيدة عن تحصيله أو تكيفه الاجتماعي. بمعنى أنها تعكس جانباً واحداً فقط من أن شخصية الطفل والمتمثل في القدرة العقلية.

أن هذا التصنيف بما يحمله من أسماء قد انتقد من الناحية الاجتماعية، على اعتبار أن تسميات من مثل (الأبله والمأفون والمعتوه) ترتبط في الغالب باتجاهات اجتماعية سلبية، ولهذا فقد يقبل البعض تعديل هذا التصنيف اعتماداً على قدرة الطفل على التكيف الاجتماعي وأدائه السلوكي بالإضافة إلى نسبة الذكاء.

ثانياً: التصنيف طبقاً للسلوك التكيفي (التصنيف النفسي الاجتماعي):

ويعرف السلوك التكيفي بالدرجة التي يحقق فيها الفرد الكفاية الشخصية والمسؤولية الاجتماعية التي يتوقعها المجتمع من الأفراد الذين هم في نفس المرحلة العمرية ومن نفس الثقافة (تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية) (AAMD).

ويعرف جوسمان أيضاً السلوك التكيفي بأنه القدرة أو الدرجة التي يحقق بها الفرد معايير الاستقلالية الشخصية والمسؤولية الاجتماعية من نظرائه في البيئة الثقافية التي يعيش فيها.

ومن مظاهر السلوك التكيفي ما يلي:

١ ـ قدرة الفرد على التعامل باستقلالية مع البيئة التي يعيش فيها.

٢ ـ الدرجة التي يحقق لها الفرد إشباعاً للمتطلبات الثقافية المفروضة عليه سواء

أكان ذلك في الجانب الشخصي أم في المسؤولية الاجتماعية.

وهناك ثلاثة أشكال رئيسية ليتكيف الفرد مع بيئته وهي:

١ ـ الوظائف الاستقلالية.

٢ ـ المَسْؤُولية الاجتماعية.

٣ ـ المَسْؤُولية الشخصية[1].

ويتضمن مقياس السلوك التكيفي الذي تستخدمه الرابطة الأمريكية للضعف العقلي جانبين هما:

أولاً: يتضمن قياس بعض المظاهر النمائية ويشمل:

١ ـ الأداء الوظيفي المستقل ويشمل تناول الطعام وارتداء الملابس وخلعها والانتقال والعادات الصحيحة للإخراج.

٢ ـ **النمو الجسمي**: ويشمل النمو الحركي والنمو الحسِّي.

٣ ـ **الأنشطة الاقتصادية**: ويتضمن استخدام النقود والادخار ومهارات الشراء.

٤ ـ **النمو اللغوي**: ويشمل التعبير عن النفس والفهم واستخدام اللغة في المواقف الاجتماعية.

٥ ـ **مفاهيم الأعداد والزمن**.

٦ ـ **تحمل المسؤوليات**.. الخ.

ثانياً: الجانب الثاني من المقياس، ويتضمن المظاهر التالية لسمات الشخصية:

وهي:

١ ـ أشكال السلوك العنيف والتدميري.

٢ ـ أشكال السلوك المضاد للمجتمع.

٣ ـ سلوك التمرد والعصيان.

٤ ـ سلوك الشك وعدم الثقة.

---

(١) (جرار، ص ٢، ١٩٨٣).

٥ ـ السلوك الانسحابي.

٦ ـ العادات السيئة في المخاطبة.

٧ ـ سلوك الإساءة إلى الذات.

٨ ـ الميل إلى النشاط الزائد.

٩ ـ الاضطرابات النفسية.

١٠ ـ استخدام العقاقير.

فئات التأخر في السلوك التكيفي:

وينقسم إلى أربعة أقسام وهي:

١ ـ التخلف البسيط (التأخر البسيط).

٢ ـ التخلف المتوسط (التأخر المتوسط).

٣ ـ التخلف الشديد (التأخر الشديد).

٤ ـ القصور الحاد.

١ ـ التخلف البسيط:

نسبة الذكاء عندهم ما بين ٥٢ ـ ٦٧.

و يطلق على هؤلاء الأطفال اسم الأطفال القابلين للتعلم وبنسبة ٨٥٪ من مجموع الأطفال المتخلفين عقلياً ودرجة ذكاء هؤلاء الأطفال تتراوح بين (٥٥ ـ ٦٩) درجة. على مقياس ستانفورد بينيه.

ويتمتع هؤلاء بمهارات اجتماعية وشخصية ومهنية ولغوية مقبولة. وهم بحاجة إلى برامج تعليمية موجهة نحو أهداف مهنية واقعية وإلى توجيه مهني، وإلى برامج موجهة نحو التوافق الاجتماعي المقبول للسلوك. إلاَّ أن تقدمهم يعتبر بطيئاً، إلاَّ أنهم قادرون على تيسير شؤونهم الخاصة، ولذا يجب خلطهم بالأطفال العاديين.

٢ ـ التخلف المتوسط:

تتراوح درجة الذكاء لدى هؤلاء الأطفال بين (٤٠ ـ ٤٥ درجة) على مقياس وكسلر، و (٥١ ـ ٣٦ درجة) على مقياس بينيه.

ويطلق على هؤلاء اسم الأطفال القابلين للتدريب. إلاَّ أن تدريبهم ينصب على

المهارات الحياتية اليومية، ومهارات العناية بالنفس، وليس على التعلم الأكاديمي. إلاّ أنهم يحتاجون إلى الإشراف والمساعدة طوال حياتهم، وتحتاج هذه الفئة إلى البقاء في مراكز الرعاية الداخلية.

٣ ـ التخلف العقل الشديد:

تتراوح درجة الذكاء لديهم بين (٢٥ ـ ٣٩ درجة) على مقياس وكسلر، و (٢٠ ـ ٣٥) على مقياس بينيه.

ويطلق على هؤلاء الأطفال اسم الأطفال الاعتماديين أي الأطفال الذين لا يستطيعون العناية بأنفسهم وأنهم بحاجة إلى مؤسسات إيوائية.

وفي مثل هذه الحالة يكون هناك محدودية في مهارات اللغة والحركة والنطق والكلام. ويرتبط هذا النوع من التخلف بأنواع الإعاقات مثل الإعاقة الجسمية.

ويستطيع الأطفال الذين ينتمون إلى هذه الفئة تعلم بعض المهارات مثل مهارة العناية بالنفس والقدرة على حماية النفس، ومهارة اتخاذ القرارات بأنفسهم هذه الفئة تحتاج إلى الإقامة في مؤسسات للرعاية الداخلية، ويمكن أيضاً البقاء مع أسرهم للعيش في محيطها.

٤ ـ القصور الحاد:

هذه الفئة تحتاج إلى رعاية كاملة وإشراف تام، ويظهرون قصوراً، في مهارات النمو الجسمي ومظاهر النمو الحسي ـ الحركي ويحتاجون إلى إشراف دائم، سواء في المحيط الأسري أو مراكز الإقامة الداخلية.

ثالثاً: التصنيف على أساس الأسباب:

يرجع التخلف إلى أسباب أو عوامل عدة منها:

١ ـ **الوراثة**: أي إلى حالة وراثية معقدة قد لا تكون أسبابها معروفة الآن.

٢ ـ **البيئة**: أي إلى عوامل بيئية سيئة. مثل الاضطرابات الصحية ـ فقد تؤدي بعض الأمراض إلى نوع من التخلف البسيط في المخ.

٣ ـ **الأسباب النفسية والاجتماعية**: .

تلحق بالوراثة: ويقدر البعض أن الأسباب الوراثية مسؤولة عن حوالي ٧٥٪ من

حالات الضعف العقلي. ويرجع السبب مباشرة إلى طريق المورثات أو الجينات التي تحملها صبغات أو كروموزومات الخلية التناسلية.

تلحق بالبيئة: ترجع إلى عوامل بيئية تحدث تأثيرها بعد عملية الإخصاب، وتكوين الجنين، سواء كان ذلك في بداية تكوينه أو في أثناء مدة الحمل أو عند الولادة أو بعد الولادة، كالعدوى بالحصبة الألمانية أو الزهري أو التهاب الدماغ، أو التهاب السحايا والأورام العصبية أو اضطراب الغدد الصماء أو نقص إفرازها (مثل الغدة الدرقية) أو اضطراب عملية تمثيل الغذاء، أو التسمم وتأثير الأشعة السينية، أو اختلاف دم الأب والأم، واختلاف دم الجنين عن دم الأم من حيث العامل الريزيسي، وإدمان الأم الحامل للمخدرات والكحول، ونقص الأكسجين والاختناق عند الولادة العسرة أو الولادة المتعسرة (أي الولادة قبل تمام نمو الجنين). وعدوى المخ، وجرح الرأس بعد الولادة، وتجميع واحتباس السائل المخي والشوكي بتجاويف المخ..

والشذوذ الكروموزومي عن طريق تعاطي العقاقير.. الخ هذه الأسباب تؤثر في الجهاز العصبي وتؤدي إلى الضعف العقلي.

٣ ـ الأسباب النفسية والاجتماعية:

أهمها الضعف الثقافي العائلي، ونقص الدافعية، والخبرات الملائمة للنمو العقلي السوي، والحرمان البيئي والاضطراب الانفعالي المزمن في الطفولة المبكرة، والاضطراب الذهاني، والبيئة غير السعيدة والمستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض، والفقر والجهل والمرض.

وهذه يصاحبها رد فعل وظيفي فقط، ولا يصل تأثيرها إلى حد إحداث حالات الضعف العقلي.

رابعاً: التصنيف الإكلينيكي وفقاً للمظهر الخارجي:

أولاً: المنغولية:

من أهم الأنماط الإكلينيكية لضعاف العقول، وتسمى أحياناً باسم البله المنغولي أو العته المنغولي أو مرض داون (Downs Disease) أو عرض داون (Downs Syndrome) نسبة إلى الطبيب الإنجليزي John downs ١٨٦٦ م.

وهذه حالة ضعف عقلي ولادي، تتميز بخصائص جسمية واضحة تشبه ملامح الجنس المنغولي ويصحبها بله أو عته، ويوجد تشابه كبير بين هذه الحالات كما لو كانوا جميعاً من أسرة واحدة.

ونسبة هؤلاء حوالي من ٥ ـ ١٠٪ من حالات الضعف العقلي، ومعظمهم يكونون من فئة البلهاء، ونسبة أقل من فئة المعتوهين، ونسبة ضئيلة جداً من فئة المأفونين.

ومن أهم خصائصهم المميزة: الرأس العريض، الوجه المسطح ومحيطه أقل من العادي، والشعر قليل، وجاف وخالٍ من التجاعيد، والعينان منحرفتان لأعلى، وخارجاً ويميلان إلى الضيق، وغالباً بهما حول، والأنف عريض قصير أفطس، واللسان كبير عريض خشن. وظهور اللسان خارج الفم، واضطراب في شكل الأسنان ومشقق، وقد يبدو بارزاً خلال الفم المفتوح، والأذنان كبيرتان مستديرتان، والقامة والأطراف قصيرة، والكفان عريضان وسميكان مع وجود خط مستعرض عبر راحة الكف، والأصابع قصيرة وخاصة الخنصر، وانحناء نحو الداخل، والقدمان مفرطحتان، وأعضاء التناسل صغيرة، والكلام متأخر والصوت خشن، والنمو والتآزر الحركي مضطرب، ويلاحظ الترهل الجسمي بصفة عامة.

ومن الخصائص الاجتماعية والانفعالية:

أن الطفل المنغولي لطيف، ودود، مرح، متعاون، مبتسم يحب مصافحة الناس ـ نشط اجتماعياً، يحب التفكير والمداعبة. لذلك يطلق عليهم البعض لفظة (الأطفال السعداء).

ويرجع البعض الأسباب في ذلك إلى:

١ ـ اضطرابات الإفرازات الداخلية ـ عند الأم في بداية الحمل.

٢ ـ اضطراب أو نقص الهرمونات في الغدد الصمَّاء.

٣ ـ كبر سن الأم عند الحمل ـ أكثر من ٤٠ سنة.

٤ ـ شذوذ توزيع الكروموزومات ـ في شكل وجود كروموزوم جنسي زائد من نوع «V» نتيجة لاضطراب تكويني في البويضة.

المنغولي يكون لديه ٤٧ كروموزوم، والطفل العادي ٤٦ كروموزوم.

اضطرابات الكروموزوم رقم (٢١)، حيث يظهر زوج الكروموزومات ثلاثياً لدى الجنين، وبذا يصبح عدد الكروموزومات لدى الجنين في حالة المنغولية ٤٧ كروموزوماً ـ لا ٤٦ كروموزوماً كما هو الحال في العاديين.

ويرجع السبب في ذلك إلى خطأ في موقع الكروموزوم، ولكن نسبة ذلك تكون قليلة.

ويضيفون ضمن فئات الإعاقة العقلية المتوسطة والتي تتراوح نسبة ذكائها ما بين ٤٠ ـ ٥٥ درجة أو ضمن فئة الإعاقة البسيطة والتي تتراوح نسبة ذكائها ما بين ٥٥ ـ ٧٠ درجة.

ثانياً: القماءة أو القصاع:

ثالثاً: استسقاء الدماغ.

وقد ركزت على المنغولية وهي الأهم والشائعة.

بسم الله الرحمن الرحيم

دراسة حالة (طفلة منغولية)

أولاً: معلومات الهوية الشخصية:

الاسم:

الجنس: أنثى — الجنسية:

العمر: ٦، ٧ سنة — تاريخ الميلاد: ١١/٣/١٩٩١

محل الميلاد: الرياض

الحالة الاجتماعية: طفلة

المرحلة الدراسية: طفولة مبكرة

عنوان المنزل: الشميسي

المدينة: الرياض

ثانياً: التاريخ الشخصي للأم:

الحمل: [✓] طبيعي [ ] غير طبيعي

مدة الحمل: ٩ أشهر كاملة

أي مرض خلال الحمل: ضغط دم عالٍ مع زلال بالبول

أي علاج خلال الحمل: Tonerin 50 mg once daily

هل هناك مشكلة في فصيلة دم الأب والأم: لا يوجد.

هل تم تغير الدم لأيهما «الأم ـ الأب» [لا] عند الولادة [لا] قبل الولادة

لا بعد الولادة

معلومات أخرى عند الحمل: حركة ونبض الجنين ضعيفة

نوعية الولادة [ ] قيصرية [✓] طبيعية

المدة الزمنية للولادة ١٣ ساعة كاملة

إذا كانت الولادة طبيعية هل تم استعمال الجفت [✓] نعم [ ] لا

أي أعراض غير طبيعية خلال الولادة:

نبض الجنين كان ضعيفاً ابتدأ من الشهر السابع وكانوا يتابعوا الجنين بتخطيط النبض للجنين.

أزرق

هل حدث أي تغيير في لون المولود بعد الولادة: ☑ نعم ☐ لا

هل حدث أي تأخير في التنفس أو توقف التنفس بعد بدنه ☑ نعم ☐ لا

مدة الحضانة إذا وجدت:

١٣ يوماً لأنها كانت فتحة الشرج ضيقة جداً وعملوا عملية وتمّ الشفاء بفضل الله تعالى

نمو الطفل:

١ ـ كم كان عمره عندما جلس دون مساعدة: الشهر الثامن

٢ ـ كم كان عمره عندما حبى: الشهر العاشر ثم مشت في الشهر الثالث عشر

٣ ـ كم كان عمره عندما بدء التسنين: الشهر الحادي عشر

٤ ـ كم كان عمره عندما مشى: الشهر الثالث عشر وجيداً الشهر الخامس عشر

الرضاعة: ☑ طبيعية ☐ صناعية

سن الفطام: ٩ أشهر بنفسها من الصدر والرضاعة بعد سنتين

كيف تم الفطام: بعد ٩ أشهر رفضت الصدر وكذلك من الرضاعة بعد سنتين وكانت لا تأخذها وهي مستيقظة كانت تأخذها

متى تم ضبط وظائف الإخراج:

البول بنفسها بعد ثلاث سنوات بدون بامبرز، البراز بنفسها بعد ٥ سنوات بدون بامبرز

متى بدأ يتكلم جملة من ثلاث كلمات أو كثر: من سنة ونصف بعد دخولها المدرسة

الحالة الصحية العامة للطفل: الحمد لله لا يوجد مشاكل مرضية نهائياً

الأمراض التي أصيب بها الطفل في العامين الأولين: التهاب الزور ـ البرد

الأمراض التي أصيب بها الطفل بعد العامين:

أيضاً الحمد لله لا يوجد سوى نزلات الربو والتهاب الزور

الحوادث التي أصيب بها:

الحمد لله لا يوجد

ثالثاً: التاريخ العائلي:

مستوى الدخل العام ☐ منخفض ☑ متوسط ☐ مرتفع

الوالدين:	الأم:	الأب:
الاسم:		
العمر:	٤٢ سنة	٤٥ سنة
مستوى التعليم:	بكالوريوس تجارة	بكالوريوس زراعة + بكالوريوس تجارة
المهنة:	مترجمة رئيسة قسم الجهاز الهضمي	سكرتير قسم ومترجم في قسم D4
العنوان:	فيصل التخصص ومركز الأبحاث (للأب والأم)	
رقم الهاتف البيت:	٤٠٥٢٩٥٢	العمل: ٤٤٢٤٧٤٦
الحالة الاجتماعية:	متزوجة	متزوج
الحالة الصحية العامة:	ضغط الدم	لا يوجد أمراض الحمد لله

عدد مرات الحمل: ٤ مرات

عدد مرات الإجهاض: مرة واحدة بالخامس قبل فاطمة ابنتي

أسباب الإجهاض: لا يوجد سبب أبداً

الإخوة والأخوات: ثلاث أطفال + فاطمة ابنتي (أربع)

عددهم: كلهم أربعة

أعمارهم: ١٤ سنة للبنت الكبيرة (بنت)

١٢ سنة للولد المتوسط (ولد)

٦، ٧ سنوات للبنت الصغيرة فاطمة (سنة)

٥ سنوات للطفل الأخير (ولد)

الجنس: (٢ بنت + ٢ ولد)

ترتيب الحالة بين الإخوة والأخوات:

فاطمة تعتبر الثالثة (قبل الأخير)

علاقة الحالة بالأب:

جيدة جداً جداً (مرتبطة به ارتباطاً وثيقاً، متعلقة به جداً)

علاقة الحالة بالأم:

وثيقة جداً وتحبني جداً، مرتبطة بي جداً، لكن ليس بدرجة ارتباطها بأبوها

علاقة الحالة بالأخوة:

مرتبطة بأخوها الصغير ومتعلقة به جداً ودائمة السؤال عليه إذا غاب عن عينها حتى ولو من البيت وأيضاً متعلقة بإخوتها الكبار، لكن مشى بالدرجة تباعة أخوها الصغير وعلى فكرة دائماً تقلده في الأشياء التي يعملها سواء صح أم خطأ

علاقة الحالة بالأخوات:

عندها أخت واحدة وهي الكبيرة ومرتبطة أيضاً بها لكن مش بدرجة أخوها الصغير

هل يوجد أعضاء آخرون يسكنون مع الأسرة: ☐ نعم ☑ لا

إذا كان نعم صلة قرابتهم بالحالة:

كان يوجد لدينا شغالة جلست ٦ سنوات معنا وتركت من حوالي ٥ أشهر وكانت أيضاً مرتبطة فيها أكثر من أمها لكن بعد رحيلها بقيت مرتبطة بها ولكن لا تنساها من وقت لآخر تذكر اسمها

رابعاً: التاريخ العضوي:

أمراض معدية في الصغر العامين الأولين: لا يوجد

أمراض معدية في الكبر «بعد العامين الأولين»: لا يوجد

أمراض مزمنة في الأسرة: لا يوجد صلة القرابة

أمراض عقلية في الأسرة: لا يوجد صلة القرابة

أمراض نفسية في الأسرة: لا يوجد صلة القرابة.

خامساً: التاريخ النفسي والاجتماعي:

هل تم الفحص من قبل باختبارات نفسية: ☐ نعم ☑ لا

إذا كان نعم/ متى:

عنوان العيادة:

سبب الفحص:

....

ملخص لأهم النتائج:

....

....

....

....

....

....

....

....

النمو الانفعالي والاجتماعي:

اللعب: ☑ متعاون ☐ غير متعاون ☑ قلق ☐ غضب

☐ عدواني تجاه الآخرين ☐ عدواني تجاه الذات

مخاوف ☐ نوعها ....

إحباط ☐ عناد ☑ توتر ☐ نقص الثقة ☐

مدى اعتماده على نفسه:

معتمدة على نفسها وتحاول أن تعمل جميع الأشياء بنفسها وهذا تم تقريباً من ثلاث سنوات

أنماط تنشئة الطفل ☐ إهمال ☐ اتزان ☐ لين
☑ حماية زائدة ☐ شدة ـ قوة

سمات الشخصية بصفة عامة

انطوائي : ☐ انبساطي : ☑

علاقته بأقاربه :

مرتبطة جداً من أهل أبوها وتعرفهم فرداً فرداً لأنها دائمة النزول مع والدها إلى مصر (كل ستة أشهر) وخالتها موجودة هنا، فلذلك مرتبطة بها وبأولادها

علاقته بجيرانه : جيدة

علاقته بأصدقائه :

أبله إيمان مدرستها هي التي تحدد: علاقة تنافسية وهي شديدة الغيرة وخاصة من الأطفال الذين ينافسوها وتحب الزعامة والقيادة بين أصدقائها وتتقمص دور المعلمة على الأطفال.

سادساً: التاريخ التعليمي:

المستوى التعليمي الحالي :

هل تخطى سنوات الدراسة بمعدلها المتوسط؟ ☐ نعم ☑ لا

إذا كان هناك أي تأخر دراسي في أي سنة دراسية بدأ التأخر

....

مستواه التحصيلي العام :

جيدة

علاقته مع المدرسين وإدارة المدرسة :

مرتبطة جداً بمدرستها ارتباط شديد

علاقته مع رفاق المدرسة:

تحب أصدقائها ودائماً تذكر أسماءهم في البيت

هواياته وميوله واهتماماته:

١ ـ الأفلام الأجنبية للأطفال عن طريق الفيديو، لا تحب الأفلام العربية

٢ ـ الرسم والتلوين

الأنشطة المدرسية التي يشارك فيها:

حسب المعلومات: الألعاب الرياضية

إلاّ أن بعض التربويين والباحثين لا يعتبرون هذه الفئة ضمن المتخلفين عقلياً خلال مرحلة الطفولة المبكرة، إلاّ أن هذا التخلف يظهر بشكل يمكن ملاحظته خلال مرحلة ما قبل المدرسة.

٣ ـ القابل للتدريب:

تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة ما بين ٣٠ أو ٣٥ إلى ٥٠ أو ٥٥ درجة وهم غير قادرين على التعلم في مجال التحصيل العلمي. إلاّ أنهم قابلون للتدريب في المجالات التالية:

أ ـ مهارات لازمة للاعتماد على النفس.

ب ـ التكيف الاجتماعي في نطاق الأسرة والمدرسة.

جـ ـ تقديم بعض المساعدات لأفراد الأسرة المدرسة أو الجيران.

إلاّ أن مظاهر التخلف لدى أفراد هذه الفئة تظهر في مراحل.

تظهر في مرحلة الرضاعة أو الطفولة المبكرة يرافقه تخلف في القدرة على الكلام والمشي.

٤ ـ الطفل الاعتمادي (الاتكالي) Dependant:

ويطلق عليه الطفل غير القابل للتدريب، وتقل نسبة هذه الفئة عن ٢٥ ـ ٣٠ درجة.

وتقل استفادته من التعلم أو التدريب، وهو يحتاج إلى رعاية وتوجيه وإشراف مستمرين، لأنه غير قادر على الاستمرار في التعلم أو التدريب بلا مساعدة.

سادساً: تصنيف الجمعية الوطنية الأمريكية للأطفال المتخلفين:

The National Association for Retarded children (N.A.R.C.)

يضع هذا التصنيف المتخلفين عقلياً في الفئات التالية، معتمداً على اتخاذ التكيف الاجتماعي أساساً للتصنيف وهي:

١ ـ الاعتمادي الحدي (الهامشي) Marginally Dependent ونسبة الذكاء فيها بين ٥٠ ـ ٧٥ درجة.

٢ ـ الاعتمادي الجزئي Smi - Dependent ونسبة الذكاء فيها بين ٢٥ ـ ٥٠ درجة.

٣ ـ الاعتمادي Dependent نسبة الذكاء فيها تقل عن ٢٥ درجة.

سابعاً: تصنيف منظمة الصحة العاطية:

The World Health Organization (W.H.O.)

وتصنف التخلف العقلي على الشكل التالي:

١ ـ التخلف البسيط: Mild Subnormality نسبة الذكاء فيه بين ٥٠ ـ ٦٩ درجة.

٢ ـ التخلف المتوسط: Moderate Subnor Mality وتتراوح نسبة الذكاء فيه بين ٢٠ ـ ٤٩ درجة.

٣ ـ التخلف الشديد: Sevre Subnormality وتتراوح نسبة الذكاء فيه بين ٠ ـ ١٩ درجة.

ثامناً: تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي:

وتصنف التخلف العقلي على الشكل التالي:

١ ـ الضعف العقلي البسيط: mild Mental Deficieney وتتراوح نسبة الذكاء فيه بين ٧٠ ـ ٨٥.

٢ ـ التصنيف العقلي المتوسط: Lerate Mental Deficieney وتتراوح نسبة الذكاء فيه بين ٥٠ ـ ٧٠ درجة.

٣ ـ الضعف العقلي الشديد: Severe Mental Deficeiney وتتراوح نسبة الذكاء فيه بين صفر ـ ٥٠ درجة(١).

المطلب الرابع
أسباب الضعف العقلي

هناك أسباب كثيرة للتخلف العقلي تحدثت عنها كثير من المراجع وقد أشار (يانيت Yannet ١٩٦١) إلى مائة عامل تشير إلى هذه الأسباب، لكن ليست مسؤولة بنفس الدرجة عن إحداث التخلف ولا تفسر إلا نسبة قليلة من حالاته، وتقدر نسبته بحوالي ٢ ـ ٣٪ ويمكن التحدث عن ثلاث مجموعات من العوامل والأسباب: وهي:

١ ـ عوامل ما قبل الولادة:

وهي العوامل التي تؤثر على الجنين قبل ولادته خلال أشهر الحمل.

---

(١) الريحاني، ص ١٠٦.

٢ ـ عوامل أثناء الولادة:

وهي العوامل التي تؤثر على الطفل أثناء عملية الولادة وتؤدي إلى تخلفه.

٣ ـ عوامل ما بعد الولادة:

وهي العوامل التي تؤثر على الطفل بعد ولادته وفي سنوات عمره المبكرة وتؤدي إلى تخلفه.

وهناك مجموعة رابعة يمكن أن نسميها عوامل غير محددة للتخلف العقلي، وهي تشكل النسبة الكبرى من حالات التخلف العقلي حيث تصل النسبة إلى حوالي ٧٠ ـ ٧٥٪[١].

أولاً: عوامل ما قبل الولادة: Prenatal Causes:

وتسمى العوامل الوراثية: وتحدث هذه الوراثة عن طريق المورثات والجينات التي تحملها كروموسومات الخلية التناسلية وذلك أثناء انقسام الخلايا.

ويمكن تقسيم عوامل ما قبل الولادة إلى قسمين رئيسيين هما:

أ ـ عوامل جينية.

ب ـ عوامل غير جينية.

أ ـ العوامل الجينية:

وتنقسم هذه العوامل إلى قسمين هما:

ـ عوامل جينية مباشرة:

يرث الطفل التخلف العقلي من والديه أو أجداده عن طريق الجينيات التي تحمل الصفات الوراثية.

وهناك تخلفاً عقلياً سائداً، وتخلفاً عقلياً متنحياً حسب قوانين مندل للوراثة.

ويجب ملاحظة: أن الفرد يرث عدداً متساوياً من الكروموسومات من كل من

---

(١) الريحاني، ص ٥٥، ١٩٨٥ م.

الوالدين تساوي (٢٣) كروموسوماً من كل منهما، وبهذا فإن الطفل يرث (٤٦) كروموسوماً تترتب في (٢٣) زوجاً.

وأن حالة التخلف العقلي والتي أطلقوا عليها اسم المنغولية (Mongolism) يكون لدى الطفل كروموسوم زائد. وأن هذا الكروموسوم ملتصق مع زوج الكروموسوم (رقم ٢١) بحيث ظهر هذا الزوج ثلاثياً (Trisomy) لا ثنائياً. وفي حالة أخرى.

قد لا يكون هناك كروموسوماً زائداً، ولكن يكون لدى الطفل (٤٦) كروموسوماً، انقسم أحدهما والتصق بكروموسوم آخر.

ـ عوامل جينية غير مباشرة:

نلاحظ التخلف العقلي لا يورث هنا مباشرة، ولكن ما يورث هنا نوع من المرض أو الخلل أو الاضطرابات الكيماوية التي تنقل من أحد الوالدين أو كليهما وتسبب تلفاً للدماغ، ومن ثم يؤدي إلى التخلف العقلي.

ب ـ عوامل غير جينية:

وتتمثل في الآتي:

١ ـ إصابة الأم الحامل بأحد الأمراض المعدية: مثل الحصبة الألمانية. أو مرض الزهري، وخاصة في الشهور الثلاث الأولى من الحمل، قد تسبب للطفل أعراضاً أو تشوهات مثل الصمم أو العمى أو البكم أو أمراض القلب، عند انتقال العدوى من الأم المريضة إلى الطفل، وبالتالي يكون الطفل متخلفاً.

ويذكر فريزر (Frazer ١٩٦٤) أن حوالي ١٧٪ ـ ٢٤٪ من الأطفال الذين يولدون الأمهات أصبن بالحصبة الألمانية أثناء فترة الحمل يكونون مشوهين أو مصابين ببعض التشوهات.

لذا ننصح بتطعيم الأطفال ذكوراً وأناثاً بمصل الحصبة الألمانية.

٢ ـ التسمم العضوي:

قد يتأثر رحم الأم ببعض الأمراض والاضطرابات، ويمكن أن ينتقل المرض إلى الجنين عن طريق الحبل السرّي. ويؤثر في جهازه العصبي، مما قد يسبب له تخلفاً عقلياً.

٣ ـ عدم توافر الأكسجين للجنين (قلة الأكسجين):

إذا حرمت الأم من الكمية اللازمة من الأكسجين لها ولجنينها فإن ذلك يؤثر على نموه العام وعلى الجهاز العصبي بشكل خاص (ثورن ١٩٦٥).

٤ ـ مشكلات سوء التغذية للأم الحامل:

يقول (Thorne ١٩٦٥) إن إصابة الأم الحامل بالأنيميا يمكن أن يحرم الجنين من التغذية اللازمة لنموه من حيث توازن المواد الكيماوية المختلفة والفيتامينات مما يتسبب في تلف دائم ينتج عنه تخلف عقلي.

٥ ـ تعرض الأم الحامل لحوادث مفاجئة:

مثل اضطراب إفرازات الغدد الصمَّاء، وتعرضها لأشعة إكس، والحمى الشديدة مثل مرض حمى الصفراء. مما يسبب بعض التشوهات للجنين وتعيق نموه الجسمي وقد تصل الإعاقة إلى حد التخلف العقلي.

٦ ـ إصابة الجنين ببعض الأمراض:

مثل مرض تاي ساكس ـ Tay - Sachs Disease الذي يعرف بالعته المميت (Amortic) وله أعراضه مثل الشلل والعمى وتلف الجهاز العصبي وشبكة العين.

ثانياً: عوامل أثناء الولادة: Perinatal Causes:

قد يصاب الطفل أثناء الولادة نتيجة لبعض المشكلات التي يتعرض لها مثل: الولادة العسرة والولادة الجافة والاختناق الذي يتعرض له المولود نتيجة انقطاع كمية الأكسجين عن الوصول إلى دم المولود، وتسمى هذه الحالة (أسفكسيا) (Asphyxia).

وهذه الحالة يؤدي نقص الأكسجين إلى تلف خلايا الدماغ، وذلك يسبب التخلف العقلي.

ثالثاً: عوامل ما بعد الولادة: Postnatal Factors:

وتتمثل في الحوادث والأمراض المختلفة، ويتعرض لها الطفل في السنوات الأولى من عمره بشكل خاص، ويتسبب ذلك في تلف الجهاز العصبي، ومن بينها:

١ ـ التهاب السحايا: ويتسبب ذلك من نوع من البكتريا يؤثر في القشرة الدماغية والجهاز العصبي المركزي.

٢ ـ الالتهاب الدماغي: ـ وهو التهاب عام في الدماغ يتسبب عن أنواع مختلفة من البكتيريا والفيروسات.

٣ ـ الأمراض الناتجة عن زوال النخاعين ـ أو زوال المادة النخاعية.

٤ ـ اضطراب الغدد وعدم قيامها بوظائفها:

من ذلك اضطرابات الغدة النخامية، والغدة الدرقية، والغدة الصعترية الموجودة قرب قاعدة العنق، والغدد التناسلية.

ويظهر أثر هذه الغدد في حالة التخلف العقلي المعروفة بالقماءة.

٥ ـ إصابة الدماغ على أثر الحوادث والصدمات:

قد يصاب الدماغ بالتلف على أثر حادثة أو صدمة بعد الولادة قد يؤثر على ذكائه، وقدرته على التفكير، واستعمال اللغة والقدرة على التفكير التجريدي.

٦ ـ إصابة الطفل ببعض الأمراض، مثل الحصبة الألمانية، والسعال الديكي والحمى القرمزية، كل هذه الأمراض قد يكون لها أثرها السيىء على الطفل وقد يسبب له تلفاً في بعض أجزاء الدماغ وبالتالي التخلف العقلي.

المطلب الخامس

خصائص المتخلفين عقلياً

إن المتخلفين عقلياً ليسوا فئة متجانسة، يمكن تحديد خصائص عامة تظهر لدى كل أفراد هذه الفئة، وإنما ينطبق عليهم ما ينطبق على الأسوياء من حيث الفروق الفردية التي توجد بينهم فيما يتعلق بالجوانب العقلية والاجتماعية والجسمية.

مع الاعتراف بأن تلك الخصائص العامة لاتوجد كلها لدى حالة واحدة، وإنها قد تنطبق أيضاً على أشد حالات التخلف، وتخف حدتها في حالات التخلف البسيط.

عند دراسة خصائص التخلف العقلي لا بد أن نركز على أساسين هامين هما:

أولاً: المميزات العامة للمتخلفين عقلياً.

ثانياً: المميرات الخاصة للمتخلفين عقلياً.

وينقسم الأساس الأول إلى أربعة أقسام: هي:

١ ـ الخصائص الجسمية:

يتميز المتخلفون عقلياً بتأخر نموهم الجسمي وبطئه وصغر الحجم بشكل عام، كما أنهم أقل وزناً وطولاً من العادي، ويتميزون أيضاً بصغر حجم الدماغ وقلة وزنه لدى المتخلف عن المتوسط.

كما تظهر تشوهات في شكل الجمجمة والعينين والفم واللسان والأطراف والأصابع.

أمّا بالنسبة للنمو الحركي: فإنهم يتميزون بالتأخر في ذلك، وعدم الاتزان الحركي.

وكذلك يتميزون بالضمور في الأعضاء التناسلية.

٢ ـ الخصائص العقلية:

يتميزون في تأخر النمو العقلي وتدني نسبة الذكاء بحيث تقل عن ٧٠ درجة، وتأخر النمو اللغوي مثل ضعف الذاكرة والانتباه والإدراك والتخيل والتفكير والقدرة على الفهم، والقدرة على التركيز، وتكون النتيجة ضعفاً في التحصيل.

٣ ـ الخصائص الاجتماعية:

يتميز المتخلفون عقلياً بضعف القدرة على التكيف الاجتماعي. ويتميزون أيضاً بنقص الميول والاهتمامات وعدم تحمل المسؤولية، يتميزون بالانسحاب والعدوان، واضطراب مفهوم الذات فنجده لا يهتم بتكوين علاقات اجتماعية وخاصة أبناء عمره. ولهذا يميل إلى المشاركة مع من هم أصغر منه سناً.

٤ ـ الخصائص العاطفية والانفعالية:

يتميز المتخلفون عقلياً بعدم الاتزان العاطفي والانفعالي وعدم الاستقرار والهدوء، كما يتميزون بسرعة التأثر وبطء الانفعال أحياناً أخرى.

وهم أيضاً أقل قدرة على تحمل القلق والإحباط، كما أنهم يتميزون بعدم اكتمال نمو الانفعالات وتهذيبها.

المميزات الخاصة للمتخلفين عقلياً ضمن الفئات الأخرى:

لقد وضعت الجمعية الأمريكية للضعف العقلي صفات وخصائص تُميز كل فئة في جدول وهي:

درجة التخلف العقلي	مرحلة ما قبل المدرسة من الولادة حتى سن الخامسة (والنضج والنمو)	مرحلة المدرسة من سن ٦ سنوات إلى ٢٠ سنة (التدريب والتعليم)
تخلف البسيط : Mild	- يستطيع تنمية المهارات الاجتماعية ومهارات الاتصال - يكون التخلف بسيطاً في المهارات الحسية الحركية ويغلب أن لا يميز عن الأسوياء حتى سن متأخرة	- يستطيع الإستمرار في التحصيل الأكاديمي في أواخر العقد الثاني - يمكن توجيهه نحو التوافق الاجتماعي - قابل للتعلم
التخلف المتوسط : Maderate	- يستطيع الكلام - يستطيع تعلم مهارة الاتصال - ضعف الوعي الاجتماعي - اعتدال النمو الحركي - يستفيد من التدريب في مساعدة نفسه. - يستطيع تدبير أمور نفسه بإشراف متوسط	- يستطيع الاستفادة - من التدريب في المهارات الاجتماعية والمهنية. - لا يحتمل أن يصل إلى أكثر من مستوى الصف الثاني الابتدائي - يستطيع أن يتنقل في الأماكن ال
التخلف الشديد: Severe	- ضعف في النمو الحركي - أدنى حد من القدرة على الكلام بشكل عام. - لا يستطيع الإستفادة من التدريب ليعتمد على نفسه - مهارات الاتصال ضعيفة أو معدومة	- يستطيع أن الكلام أو مهارة الاتصال - يمكن تدريب على العادات الصحية البسيطة. - يستفيد من التدريب المنظم على العادات
التخلف الشديد جداً (اعتمادي) Profound	- أدنى حد من القدرة في مجال القدرة الحركية - يحتاج إلى رعاية صحية مستمرة	- قد ينمي بعض المهارات الحركية. - يمكن أن يستجيب إلى حد أدنى من التدريب على مساعدة نفسه

خصائص المتخلفين عقلياً
(من حيث قابليتهم للتعلم والتدريب)

أولاً: فئة القابلين للتعلم (EMR)

١ ـ خصائص جسمية:

هناك فروق في النمو الجسمي بين هؤلاء والعاديين أنهم أقل طولاً ووزناً ومتأخرين في نموهم الحركي، كالقدرة على السير، أو طريقة السير.

٢ ـ خصائص انفعالية واجتماعية:

وهي تتركز فيما يلي:

أ ـ الانسحاب والعدوان:

يتميز بعضهم بالسلوك العدواني ـ سواء كان هذا العدوان موجه إلى الأطفال الآخرين أو المدرسين أو بما يحيط بهم من أشخاص أو أشياء فيحطمون كل ما تصل إليه أيديهم ويكونون مثاراً للشغب في المنزل أو المدرسة.

ب ـ عدم تقدير الذات:

من الملاحظ لسلوك المتخلفين عقلياً أنهم يتميزون بالتردد والتكرار.

ولا يمكن أن تحصل منه على استجابة إلاَّ بعد أن نشعره بالأمن والطمأنينة، فعدم شعور الطفل بالطمأنينة والأمن يؤدي إلى عدم تقدير الطفل لذاته، ويتأكد ذلك عندما يفشل الطفل في العناية بذاته، وفشله في المدرسة، وفشله في علاقاته الاجتماعية لأنه سيفشل في القيام ببعض الأعمال والنشاطات التي يقوم بها الأطفال العاديين.

٣ ـ خصائص أخرى:

أ ـ النشاط الزائد.
ب ـ الصفات العقلية.
جـ ـ التكرار.

أ ـ النشاط الزائد:

سبب هذا النشاط في الجهاز العصبي المركزي، ومن مظاهره:

ـ عدم الاستقرار في مكان واحد مدة طويلة وهم لا يكفون عن الحركة وهم سريعو الانفعال وهم بحاجة إلى رعاية تربوية ونفسية، وينبه أن تفرد لهم فصول خاصة.

جـ ـ التكرار:

يتميز هؤلاء الأطفال بالتكرار المستمر في سلوكهم، والإصرار على هذا التكرار. وهذه الصفة تغلب على من يعانون تلفاً في المخ.

ب ـ الصفات العقلية:

المتخلف عقلياً لا يصل نموه العقلي ـ التعليمي إلى المستوى الذي يصل إليه الطفل العادي.

وهذه من أهم الصفات التي تميز المتخلف عقلياً عن الطفل العادي الذي يماثله في العمر الزمني.

بعض الخصائص العقلية:

أ ـ استخدام المحسوسات في التفكير، وعدم القدرة على التفكير المجرد وإنما يتم ميلهم إلى الإدراك الشكلي أو التركيبي أو الوظيفي.

ب ـ قصور القدرة على التعميم: وهذه نتيجة للخاصية الأولى، لأن عدم قدرة المتخلف عقلياً على التجريد تقوده إلى تبسيط المفاهيم، ومن ثمَّ يعجز عن التعميم.

جـ ـ ضعف القدرة على التذكر والانتباه.

من صفات المتخلف عقلياً أنه لا يستطيع التذكر ويعجز عن تركيز انتباهه عن مستوى الطفل العادي، عندما يريد أن يتذكر شيء ما أو نشاط معين.

د ـ التأخر اللغوي: فالمتخلف عقلياً يتأخر في الكلام عن الطفل العادي.

هناك علاقة بين اكتساب اللغة وبين العمليات العقلية المختلفة، فقد لاحظ المهتمون بتربية المعاقين أنهم يتميزون بمستويات منخفضة في القدرة على الفهم اللفظي.

ثانياً: فئة القابلين للتدريب (TMR):

تقع هذه الفئة بين فئة القابلين للتعلم وبين المتخلفين تخلفاً شديداً.

أفراد هذه الفئة لا يستطيعون الاعتماد على أنفسهم وتنظيم شؤون حياتهم أي لا يستطيعون الوصول إلى مستوى من الكفاية الشخصية والاجتماعية بل يحتاجون إلى إشراف مستمر ورعاية دائمة.

ويختلفون عن التأخر العقلي الشديد في أنهم يدركون الأخطار التي تهدد حياتهم وأن يتجنبوها.

وأن أفراد هذه الفئة لا يستطيعون تعلم أي مهارة من المهارات الأساسية اللازمة للقراءة والكتابة والحساب، ولكنهم بالتدريب يستطيعون اكتساب بعض المهارات الحركية البسيطة، أن يدربوا على بعض الحرف البسيطة.

ومن خصائصهم ما يلي:

صفاتهم الجسمية: أقل طولاً ووزناً من العاديين كما أنهم أقل مقاومة للإصابة بالأمراض من العاديين وتكثر الانحرافات الجسمية بين أفراد هذه الفئة ويتأخرون في نموهم الحركي عن الأسوياء، وتبدو على أفراد هذه الفئة البلاهة.

صفاتهم العقلية: (القدرة على التعلم):

ويختلف القابل للتدريب عن القابل للتعلم: أنه لا يستطيع القراءة أو الكتابة أو التعامل مع الأرقام (أداء العمليات الحسابية) ويستطيعون أن يتعرفوا على الكلمات البسيطة، ونقل الرسوم الهندسية كالمربع والمستطيل.

ثالثاً: فئة المتأخرين تأخراً عقلياً شديداً (SPMR):

تضم هذه الفئة المستويات الدنيا من المتخلفين عقلياً.

ومن خصائصهم أنهم لا يستطيعون حماية أنفسهم من الأخطار الطبيعية.

ومن خصائصهم ما يلي:

صفاتهم الجسمية والعقلية:

يعانون الكثير من الانحرافات، تتمثل في ضعف بعض الحواس، أو عجز

وضعف في ملامح الوجه، أو شلل في بعض الأطراف وقد يعانون من الصرع، وتأخر القدرة على المشي ولا يستطيعون النطق سوى همهمة لا معنى لها، ولا يمكن أن ينطق بأكثر من كلمة من حرفين، ولا يتحكم في عملية الإخراج، ولا يعتمد على نفسه في الأكل والشرب.

مثل هؤلاء الأطفال، يحتاجون إلى رعاية وإشراف تامين، ويحتاجون إلى مؤسسات خاصة للعناية بهم ولا يعمرون طويلاً.

المطلب السادس
تشخيص الضعف العقلي

يمكن تشخيص الضعف العقلي من خلال الفحوصات التالية:

١ ـ الفحص النفسي: أي بتحديد نسبة ذكاء الطفل (أقل من ٧٠ درجة).

وبقدرته على التعبير عن نفسه، فتكون قدرته هنا ضعيفة، وسلوكه العام غريب (بدائي) محصوله اللغوي متأخر غير واضح ـ توافقه الانفعالي سيىء ـ تلف في المخ.

٢ ـ التحصيل الأكاديمي والتقدم الدراسي:

يتميز أصحاب الضعف العقلي بنقص في نسبة التحصيل وعدم النجاح في المدرسة، ونقص القدرة على التعلم، ونقص المعلومات العامة.

٣ ـ الفحص الطبي والعصبي والمعملي:

وفيه يفحص النمو الجسمي العام، مع ملاحظة علامات الضعف العقلي الإكلينيكي، والنمو الحركي وفحص الحواس وفحص الجهاز العصبي، واستقصاء أسباب الضعف العقلي قبل وأثناء الولادة، وإجراء فحوص معملية والأمصال والبول، والسائل النخاعي الشوكي، ووظائف الغدد الصمّاء، وعمل الأشعة السينية للرأس ورسم المخ.

٤ ـ البحث الاجتماعي:

وفيه يؤخذ تاريخ وافٍ للطفل وحالته وأسرته، ويدرس مستوى نضجه، وتوافقه الاجتماعي متأخر وغير متوافق وأقل شعبية ومدى اعتماده على الآخرين، وحاجته إلى

الإشراف في سلوكه الاجتماعي.

٥ ـ التشخيص الفارق: يجب المقارنة بين الضعف العقلي وبين التأخر الدراسي، والمرض العقلي والعاهات الحسية، واضطراب الكلام.. الخ.

المطلب السابع
علاج الضعف العقلي

ينقسم العلاج إلى عدة أقسام وهي:

١ ـ علاج طبي.
٢ ـ علاج اجتماعي.
٣ ـ علاج تربوي.
٤ ـ علاج نفسي.
٥ ـ العلاج باللعب.
٦ ـ العلاج الجمعي.
٧ ـ العلاج السيكودراما.

ويفرق النفسيون والمعالجون بين ثلاثة اتجاهات للتقسيم:

١ ـ الطفل الذي يحتاج إلى إيداع في مؤسسة.
٢ ـ الطفل الذي يستطيع أن يتدرب في المنزل.
٣ ـ الطفل الذي يستطيع أن يتعلم في مدارس بها برامج خاصة لضعاف العقول.

فالطفل الذي يمثل مشكلة وبحاجة إلى رعاية جسمية وعلاج طبي لا بد له من أن يودع في مؤسسة.

والطفل الذي يتدرب في المنزل يكون ذكاؤه منخفضاً نسبة ذكائه (٥٠) أو أقل طبقاً لمقياس (تيرمان).

الطفل الذي يستطيع أن يتعلم في مدارس بها برامج خاصة. يتراوح نسبة ذكائه بين ٥٠ ـ ٧٠ درجة، يستطيع أن يتدرب في فصول خاصة داخل المدارس العادية.

ومن الملاحظ أن المأفونين هم الذين يستفيدون بدرجة أكبر من الوسائل العلاجية يليهم في درجة الاستفادة البلهاء أما المعتوهين فهم أقل الفئات استفادة.

ولحسن الحظ فإن المأفونين يكونون الغالبية العظمى.

١ ـ العلاج الطبي:

ويدخل في ذلك ما يلي:

التغذية والجراحة ـ إدخال حمص الجلوتاميك في الغذاء في حالة الضعف العقلي أدى ذلك إلى تحسن ملحوظ في وظائف الشخصية الكلية، مع ارتفاع خفيف في نسبة الذكاء. وعلاج خلل إفراز الغدد الصماء مثل إعطاء هورمون الثيروكسين في حالات القزامة، وعلاج الأم والطفل في حالة استسقاء الدماغ، واتباع نظام غذائي خاص في حالات الفينيلكيتوني ونقل الدم في حالات العامل الريزيسي، وإعطاء أدوية مهدئة للتحكم في السلوك المضطرب والنشاط الزائد. الخ.

٢ ـ العلاج الاجتماعي: (العمل مع الآباء) إذا رفض الآباء التعاون:

يقوم العلاج الاجتماعي على الإرشاد والمساعدة عن طريق المراكز الاجتماعية التي تخص الأطفال المتخلفين عقلياً.

يقوم العلاج الاجتماعي يسعى لتحقيق التوافق الاجتماعي، وينطلق من تعليم الطفل المهارات اللازمة للقيام بالأعمال اليومية، وتنمية ميوله وتهذيب أخلاقه، وتدريبه على السلوك الاجتماعي السوي المقبول وتصحيح أي سلوك خاطىء ومساعدته على المحافظة على حياته وحمايته من استغلال الآخرين، وإيوائه إذا لزم الأمر في إحدى المؤسسات الخاصة حسب حالته (براون وكورتيس ١٩٦٨).

٣ ـ العلاج التربوي:

ويشمل إعادة تربية الطفل بأساليب تربوية خاصة تمكن المعالج من استثمار ذكائه المحدود وطاقاته، وإمكانياته بأفضل طريقة ممكنة. في تعليمه المبادىء الأساسية البسيطة المعروفة وإعداده مهنياً ومساعدته على القيام بأي عمل مفيد يكسب منه قوته مما يحقق له التوافق الاقتصادي. ويستفيد من العلاج التربوي بصفة خاصة المأفونون (القابلون للتعلم) الذين تستقبلهم مدارس التربية الفكرية، وأما البلهاء (القابلون للتدريب) فيدربون على الأعمال البسيطة تحت الإشراف في المؤسسات أو مراكز التدريب المهني، أما المعتوهون (حالات العزل) فيحتاجون إلى رعاية خاصة

دائمة حيث يعتمدون كلياً على الآخرين وكأنهم أطفال صغار.

٤ ـ العلاج النفسي:

يعاني الأطفال المتخلفون عقلياً من مشاكل نفسية مثل القلق والعدوان والسلوك الجانح. لذا يجب علاجهم نفسياً، وتنمية مفهوم الذات ومساعدتهم على تقبل ذاتهم، وتعديل البيئة من حولهم والمثيرات الاجتماعية وأوجه الترويح والنشاط المهني والعلاقات الاجتماعية بما يكفل تحقيق الأمن الانفعالي والتوافق النفسي السَّوي وينصح واطسون (١٩٧٦) باستخدام طريقة العلاج السلوكي مع ضعاف العقول، لأن العلاج السلوكي يدفع الطفل السلبي أو اللامبالي لكي يتعلم.

ويقضي على أنواع السلوك غير المرغوب، ولا يتطلب أن يكون لدى الطفل مهارات لغوية، ولا يتطلب محصولاً تربوياً ولا خبرة.

ولا بد من التحليل النفسي قبل البدء في العلاج ولقد وضع العالم النفسي (فرويد) إطار العلاج التحليل النفسي عن طريق التداعي الحُر وتحليل الأحلام والتفسير وإعادة التعلم. وبذلك تنتقل المادة اللاشعورية. للمريض إلى مستوى الوعي.

وهناك العلاج النفسي البيولوجي: ولا بد له من وضع خطة للعلاج، ولوضع خطة لا بد من رسم خريطة لحياة المريض لتساعد على فهم أعراض المرض.

وهناك العلاج النفسي الموجه: وهو يتضمن العلاج المباشر، ومن طرقه إعادة التعليم والإقناع والإيحاء المباشر.

والعلاج النفسي غير الموجه:

والعلاج التنويمي:

ويستخدم هذا العلاج لاستثارة الأحلام التي تصبح بعدئذٍ موضوع تحليل.

وهناك العلاج التخديري: لإحداث حالة من الاسترخاء وازدياد القابلية للإيحاء.

٥ ـ العلاج باللعب: ويتضمن إطلاق التوترات الانفعالية مثل العرائس والدمى والطين، والرمل والطلاء.. الخ.

المطلب الثامن
الوقاية من التخلف العقلي

تعريف الوقاية: هي حملة من الإجراءات المنظمة تهدف إلى الحيلولة دون حدوث الضعف أو تطور الضعف إلى عجز أو تطور العجز إلى إعاقة دائمة[١].

وتعرف الوقاية: بأنها عملية المواجهة والتصدي لجميع الأسباب والعوامل التي تؤدي إلى الإعاقة[٢].

وهناك طرق للوقاية ولكنها غير فعَّالة مثل: العزل، والتعقيم:

إن هذه الطريقة غير فعَّالة، وذلك بسبب أن حالات النقص العقلي ليست ناتجة كلها عن أسباب وراثية، يمكن التنبؤ بها قبل الحمل.

ولكي نقوم ببرامج الوقاية: لا بد أن تزداد معرفتنا عن العوامل قبل الولادة التي قد تسبب النقص العقلي وأثناء الحمل حتى يمكن الوقاية وحتى لا تترك آثارها على الجنين، وتسبب له أشكالاً من الإعاقة الخ.

فقد ساعد تطور الخدمات الصحية وبرامج تنظيم الأسرة والخدمات الاجتماعية والتربوية على تطوير بعض وسائل الوقاية.

هذا بالإضافة إلى معرفتنا بطبيعة الأمراض التي يمكن أن تصيب الأم الحامل من جهة، أو تصيب الجنين بعد الولادة مثل: الحصبة الألمانية والدفتريا والتهاب السحايا، واضطراب الغدد والسعال الديكي والحمى القرمزية. . الخ.

وقد قيل: درهم الوقاية خير من العلاج:

وقد ذكرت لجنة الرئاسة للتخلف العقلي في الولايات المتحدة الأمريكية في تقريرها لسنة ١٩٧٦ م «أن أفضل طريقة لمواجهة مشكلة التخلف العقلي هي منع التخلف أن يحدث».

---

(١) (الحديدي ١٩٩٣ ص ٣١).
(٢) (ترمساني، ١٩٤١، ص ٣٣).

وقد حدد الرئيس الأمريكي: سنة ١٩٧١ م هدفاً قومياً لتقليل حدوث التخلف العقلي إلى ٥٠٪ قبل نهاية هذا القرن.

ونحن نقول إن الوقاية من حالات التخلف تصبح ممكنة إذا سعى الوالدان إلى أن يولد كل طفل ولادة سليمة على قدر الإمكان وفي حدود ما تقدمه المؤسسات الاجتماعية والمراكز الصحية من خدمات.

ولأن بعض الحالات يمكن علاجها طبياً كما في حالة اختلاف دم الوالدين فيما يتعلق بالعامل الريزيسي (RH) أو حالة الفنلكتيون بوريا (PKU) أو حالة نقص إفراز الغدة الدرقية.

لكن بعض الحالات لا يمكن علاجها مثل الحالات الجينية، ففي هذه الحالات لا يمكن تقديم إرشادات جينية دقيقة للوالدين أو الأقارب إلا بعد التعرف على الأسباب الحقيقية لتلك الحالات بالذات.

بعض الحالات كالمنغولية: فإن السبب هنا وراثي وينشأ نتيجة خطأ في الانقسام أو زيادة أحد الكروموزومات. أو حالات اضطراب التمثيل الغذائي.. الخ.

من أساليب الوقاية في هذه الحالات: ما يلي:

حقن الأم بحقنة من الأجسام المضادة للأجسام المضادة التي يبينها دم جنينها والتي ستؤثر في الأطفال ستحملهم الأم مستقبلاً.

أو تغيير دم الطفل عند الولادة مباشرة.

أما الوقاية من الحرمان الثقافي والاجتماعي المسبب للتخلف، فإنه يجب أن يبدأ كل طفل حياته بداية جيدة بعيدة عن الحرمان والفقر. فإن ذلك المطلب حق شرعي لكل طفل.

بعض التوصيات التي قد تساهم في الوقاية من التخلف العقلي وهي:

١ ـ محاولة الاستفادة من الإرشاد الجيني:

ويقصد بذلك استفادة الوالدين ـ وخاصة الذين ولد لهما طفل معاق ـ من الإرشاد الجيني.

إن المرشد الجيني يقدم معلومات جيدة من خلال دراسة شجرة العائلة ـ يستطيع أن يدل الوالدين على بعض الفحوصات المخبرية للتأكد من أنهم يحملون تلك الجينات التي تسبب الإعاقة. قبل الزواج أو أثناء الحمل أو قبل الحمل.

٢ ـ محاولة الإنجاب في العمر المثالي للمرأة:

الذي هو بين ٢٠ ـ ٣٥ سنة.

فإن الولادات التي تتم بعد سن الأربعين لا تخلو من بعض الشذوذ في الكروموزومات فقد أشار بنروز (Penrose) إلى أن عمر الأم يعتبر مسؤولاً عن حوالي ٦٠٪ من حالات التخلف العقلي المنغولي.

فإن عمر الأم التي تلد طفلاً منغولياً هو ٣٦ سنة.

والسبب في ذلك يرجع إلى الآتي:

أ ـ ضعف خلايا البويضية أو تلفها.

ب ـ ضعف القدرة الجنسية عند الرجل وخاصة عند الكبار، مما يسبب تأخير إخصاب البويضة حتى تصبح ضعيفة.

لذا يجب على الأم التي تحمل بعد سن الأربعين أن تجري فحصاً مخبرياً للكشف عن الأخطاء التي قد تكون موجودة في خلايات الجنين، ولربما استدعت تلك الفحوصات إلى إجهاض الجنين.

٣ ـ إعطاء فترة مناسبة لا تقل عن سنتين:

بين نهاية الحمل، وبداية الحمل الثاني لأنه كلما قلت تلك الفترة كلما تعرض الحمل إلى فرص وجود صعوبات وعيوب خلقية يمكن أن تحدث للجنين.

وقد أثبتت دراسة أجريت على حوالي ستة آلاف امرأة أن نسبة ذكاء الأطفال الذين يولدون خلال فترة قصيرة بين الحملين أقل من نسبة ذكاء الأطفال الذين يولدون خلال فترة حمل مناسبة أكثر من سنتين مثلاً.

٤ ـ تلقي العناية الطبية في فترة ما قبل الولادة وأثناء الحمل، وأحياناً قبل الحمل أو قبل الزواج:

مثل فحص الكروموزومات للجنين أثناء الحمل للتأكد من عدم وجود عيوب أو

اضطرابات قد تؤثر في نمو الجنين.

فإن الفحص المبكر قد يجنب الأم مشاكل عديدة قد تنتج إذا ما أهملت مثل: انفصال الحبل السرّي أو التسمم أو عدم ملائمة العامل الريزيسي (RH).

وكذلك وفي حالة الأم التي تحمل توأماً، يمكن تحذيرها من الصعوبات التي قد تواجهها.

٥ ـ تحذير الأم التي قد أصيبت بأمراض مثل الحصبة الألمانية من الحمل:

إذْ من الممكن تطعيم الأم قبل بداية الحمل بشهرين. ويمكن التأكد من حمل الأم من عدمه للأجسام المضادة للحصبة الألمانية بالفحص المخبري.

٦ ـ امتناع الأم الحامل من التدخين خلال فترة الحمل على الأقل. وكذلك تجنب تناول اللحوم غير المطبوخة جيداً، والاقتراب أو الاتصال مع القطط التي يمكن أن تكون مصدراً لالتهابات التوكسو بلاسموسيسس (Toxoplasmosis).

٧ ـ يجب أن تعتمد الأم الحامل على نظام غذائي جيد، غني بالبروتينات والأملاح والفيتامينات لأن تغذية الطفل تعتمد على تغذية الأم الحامل.

٨ ـ الوقاية من العامل الريزيسي (RH) مستقبلاً، من خلال حقن الأم بحقنة تحتوي أجساماً مضادة للعامل الريزيسي وخاصة بعد ولادتها بـ ٧٢ ساعة.

٩ ـ سن التشريعات الحكومية التي تعطي الطفل حق الولادة السليمة، وحق بداية الحياة السليمة ومنها:

أ ـ فحص كل من ينوي الزواج للتأكد من بعض العوامل الصحية، وبداية التطعيم ضد عدد الأمراض التي تساهم في إحداث الإعاقات.

والتأكد من صحة الأم وتقديم العناية الصحية لها والإشراف المتخصص أثناء الحمل والولادة.

١٠ ـ توفير الجو النفسي والتربوي والثقافي والاجتماعي للطفل سواء في مجال الأسرة أو المدرسة، من خلال تقديم برامج خاصة، تقدمها الدولة أو المؤسسات التطوعية أو التربوية.

يبين الجدول التالي العلاقة بين عمر الأم واحتمالات ولادة طفل منغولي لأول مرة وللمرات اللاحقة: (McMillan 1977 p. 120).

عمر الأم	احتمالات حدوث ولادة منغولية	احتمالات إعادة حدوث ولادة منغولية
٢٠ ـ ٣٠	١/ ١٥٠٠	١/ ٥٠٠
٣٠ ـ ٣٥	١/ ٦٠٠	١/ ٢٥٠
٣٥ ـ ٤٠	١/ ٣٠٠	١/ ٢٠٠
٤٠ ـ ٤٥	١/ ١٠٠	١/ ٧٠
٤٥+	١/ ٤٠	١/ ٢٠

لذا فإن الأطباء ينصحون الأمهات الحوامل فوق سن الأربعين بإجراء فحص مخبري يدعى (Amniocentesis) للكشف عن الأخطاء التي قد تكون موجودة في خلايا الجنين والتي قد تستدعي عمليات إجهاض الجنين.

المطلب التاسع
الأسرَة والطفل المتخلف عقلياً

مقدمـة:

إن ولادة طفل معاق يُشكل صدمة كبيرة للأسرة وخاصة الوالدين. لأن هذه الولادة تجر على الأسرة مشاكل اقتصادية ونفسية وسلوكية وتربوية كبيرة.

وقد تعكس تلك الولادة أثاراً على علاقات الأسرة بشكل عام وعلى علاقات الوالدين بطفلهما المتخلف قد يتولد عنها شعور بالذنب أو الاكتئاب أو لوم النفس والخجل وقد تساور الأم شكوك وأوهام كثيرة حول ولادة جنينها وتعتمد تلك الشكوك على مقدار ثقافة الأم ومعرفتها بظروف الحمل والوضع.

فالأم التي تعاني من مشكلات في الحمل والولادات السابقة تكون أكثر خوفاً من غيرها. مثل إصابة الأم ببعض الأمراض أثناء حملها، مثل الحصبة الألمانية أو

غيرها من الأمراض وخاصة في أشهر الحمل الأولى.

التركيب الأسري والعلاقات التي تحكم علاقات أفرادها:

الأسرة نظام اجتماعي أو مؤسسة اجتماعية ذات طبيعة اعتمادية يحدد مداها عدد أفرادها ونوعها.

والأدوار التي يلعبونها والعلاقات بين أفرادها.

تنشأ العلاقات بين الطفل والأم، أو الطفل والأب وهذا نظام جزئي وهو الأهم، وقد تنشأ علاقات بين الطفل وبقية أفراد الأسرة ولكنها قد تكون محدودة.

ولا بد أن يكون هناك تفاعل بين الطفل والأم وأن يستمر هذا التفاعل. هذا التفاعل ودرجته يؤثر في بناء شخصية الطفل، كما أشار إليه (روجرز) Rogers صاحب نظرية العلاج المركز حول العميل.

ودرجة التفاعل تتوقف على عدم إمكانية تحسن الأسباب الحقيقية للإصابة بالتخلف العقلي، ومعرفة هذه الأسباب.

إن المشكلات العاطفية والانفعالية تنعكس وتؤثر بشكل كبير على شخصية الطفل.

فالأطفال المقبولون من والديهم يقبلون على الآخرين من أفراد الأسرة والجيران أو الأصدقاء، كما يشعرون بالراحة والاطمئنان في البيت أو في أي مكان آخر.

فالطفل المعاق مثله مثل أي طفل آخر يمكن أن يشعر بالاطمئنان والأمن إذا علم بأنه مرغوب فيه، وأن جميع المحيطين به يبادلونه نفس الشعور (شعور الحب والعطف والحنان).

وإذا شعر بأنه منبوذ فسيحدث العكس.

لذا فإن وضع الطفل في الأسرة يتقرر تبعاً لاتجاهات أفراد الأسرة نحوه.

فإذا تصرف أفراد الأسرة بشعور غريب نحو طفلهم (انزعاج ـ توتر ـ تقزز) بسبب خوف الأسرة على مركزها ومكانتها الاجتماعية بسبب وجود طفل معاق فيها، فإن ذلك يؤثر على شعور الطفل وشخصيته.

لذا يجب أن يتقبل الوالدان وضع ابنهما المعاق، وأن يتصبرا بشيء من الإرشاد والتوجيه لمقابلة ما يُتوقع من ابنهما في المستقبل.

ومن الخطأ الفاحش أن ينكر الوالدان وضع ابنهما المعاق، وأن يشعرا بأن طفلهما لا يختلف عن الأطفال الأسوياء، وأن يشعرا بالصدمة لذلك.

لذا يجب على الأهل (الأسرة) أن تلعب دوراً هاماً في تطور أطفالهما بشكل عام، إلاّ أن أهمية هذا الدور الذي تلعبه الأسرة يتعاظم حين يكون الطفل متخلفاً عقلياً (ريحاني ـ ١٩٧٨).

ولذا يجب أن تشعر الأسرة بالشفقة نحو طفلها ولا تشعر بالحيرة والارتباك لهذا الوضع، ولا تهمله وتنبذه بل يجب أن تزيد من حمايتها له وإغراقه بالمحبة والحنان والعطف.

فلا بد من المرور في مراحل متعددة لتتكيف الأسرة مع طفلها المتخلف عقلياً.

المرحلة الأولى: تتمثل في **وعي الوالدين واعترافهما بأن طفلهما متخلف عقلياً**. ومحاولة إخفاء مشاعر الحزن والحيرة والشعور بالذنب والتأنيب والخجل في هذه المرحلة.

المرحلة الثانية: مواجهة المشكلة بشجاعة وصبر والتسليم بقضاء الله وقدره، والاعتراف بأن هناك مشكلة ولا بد من مواجهتها، ولا مجال لإنكارها، ولا بد من التعامل معها تعاملاً مثمراً.

المرحلة الثالثة: البحث عن سبب المشكلة والبحث عن تشخيص للمشكلة من جديد والبحث مع الأطباء والأخصائيين النفسيين للوصول إلى تفسير جديد للمشكلة وعلاج مناسب لها.

المراحل التي تمر بها أُسرة الطفل المعاق:

تمر الأسرة بمراحل عدة منها ما يلي:

١ ـ **الصدمة**: هي أول ردود الفعل التي تتولد لدى والدي الطفل المعاق، وغالباً ما يرافق هذه الصدمة شعور بالحذر.

٢ ـ **النكران**: بعد مرحلة الصدمة يدخل الوالدان في مرحلة الشعور بالأسى والحزن، والتي يشكل النكران فيها الحالة الانفعالية الأولى.

ويجب أن تكون عملية النكران عملية بناءة، تساعد الأسرة على التعايش مع المتغيرات التي تهدد وتشكل خطراً بالنسبة لها.

ولما كان النكران مرحلة يسعى فيها الآباء إلى تجنيد قواهم الداخلية ويفتشون فيها عن مصادر الدعم الخارجي، فإن النكران سيختفي عندما يحصلون على ما يبحثون عنه.

لذا يجب على الاختصاصيين تحمل بل، وقبول نكران الوالدين ولكن دون حرمان الطفل من الخدمات التي يحتاج إليها (الخطيب ١٩٩٣).

أمثلة على نكران الطفل المعاق سمعياً:

رفض التشخيص من أساسه، أو رفض الاعتراف بأن الإعاقة السمعية دائمة، أو رفض الاعتراف بعواقب الإعاقة.

٣ ـ الشعور بالشفقة على الذات:

في بعض الحالات يبدي الوالدان شعوراً إيجابياً واتجاهاً موضوعياً نحو الطفل المعاق، يميلون إلى نوع من الشفقة على الطفل وعلى أنفسهم، فهم يرثون لحالهم ويغرقون في التساؤل عن سبب حدوث ذلك الأمر.

٤ ـ الشعور بالذنب:

إن الشعور بالذنب أكثر الحالات الانفعالية شدة وقسوة على الوالدين. ويكون ذلك من خلال ثلاثة أشكال هي:

أ ـ أن يشعر الوالدان أنهما تسببا في إعاقة طفلهما. وقد يبحثان عن شخص آخر مثل الطبيب مسؤول عن الإعاقة لعجزه وإهماله.

ب ـ اعتقاد الوالدين بإن إعاقة طفلهما إنّما هي عقاب على فعل خاطىء صدر عنهما في الماضي.

جـ ـ شعور الوالدان بأن الإعاقة شيء سيىء، وأن الأمور السيئة لا تحدث

للإنسان الجيد، وهما بذلك يشعران بالذنب لمجرد وجود الإعاقة.

وقد يزداد الشعور بالذنب إذا كان الطفل المعاق طفل وحيد أو ولد بين مجموعة بنات.

٥ ـ الخجل والخوف:

كثيراً، ما يشعر الوالدان بشكل أو بآخر بالخجل والخوف، لأن اتجاهات المجتمع نحو الأشخاص المعاقين سلبية، وذلك لنظرتهما أن والدا الطفل المعاق جزءاً من المجتمع، فلا غرابة أن يحاول الوالدان تجنب مخالفة الناس أو عزل طفلهما المعاق خجلاً من رد فعل الآخرين (الخطيب ١٩٩٣).

لأن مجتمعنا يولي اهتماماً بالذكاء والمظهر، واللياقة لذلك عندما يولد طفل معاق يتم الرفض والخجل من قبل الوالدين، ولكنه سرعان ما يتم التقبل والتكيف.

٦ ـ الاكتئاب واليأس:

إن عدم نجاح المحاولات المستمرة لمعالجة الإعاقة كثيراً ما تدفع الوالدين إلى الشعور باليأس، وفقدان الثقة بالأطباء وفقدان الأمل بالمستقبل والاكتئاب، والعجز عن عمل أي شيء لطفلهم.

٧ ـ الغضب:

إن مثل هذه الأحداث غير المتوقعة (ولادة طفل معاق) تهدد الأسرة بعدم الأمن أو الشعور به.. وقد تشعر الأسرة بالإحباط، والإحباط يقود إلى الغضب.

٨ ـ القلق:

قد يعاني الآباء من شعور عام بالقلق بسبب إنجاب طفل معاق، وهذا ينجم عنه مسؤوليات جسيمة وضغوط هائلة تترتب على إعاقة الطفل.

على الآباء أن يتقبلوا مشاعر القلق، وأن يدركوا أنها فرصة لإعادة اتجاهاتهم نحو المسؤولية.

٩ ـ الحيرة والارتباك:

أحياناً تتأثر علاقة الطفل بأسرته على أثر الإعاقة، فأحياناً ترفض الأسرة الطفل

وتهمله وتنبذه، ولكنها تعود لحمايته حماية زائدة وإغراقه بالمحبة والحنان.

إن مثل هذه المشاعر المحيرة تتناوب عند بعض أفراد الأسرة فتتأرجح مشاعرهم نحو الطفل بين الرفض والإهمال، وبين الحب والحنان من جهة ثانية.

١٠ ـ القبول والتكيف:

لا يوجد للوالدين في نهاية المطاف مفراً من قبول طفلهما كما هو.

وأن التقبل قد يتطور في ثلاثة مجالات، فالآباء يجب أن يتقبلوا:

أولاً: الطفل المعاق.

ثانياً: تقبل الطفل كما هو، وعليهم أن يكونوا قادرين على إدراك الطفل بوصفه شخصاً له مشاعره وخصائصه وحاجاته.

ثالثاً: قبول الآباء لأنفسهم فعليهم أن يتغلبوا على مشاعر الخجل والإحساس بالذنب وأن يتقبلوا أنفسهم بوصفهم أشخاص أقوى من الآخرين بسبب الأزمة التي يمرون بها.

المرحلة الرابعة: هي مرحلة العلاج والوسائل والطرق الكفيلة بالشفاء.

وعدم القلق من تأخر الشفاء، وطول فترة العلاج.

المرحلة الخامسة: تتمثل في قبول الحقيقة، والتعامل معها بواقعية، والبحث عن الوسائل الكفيلة بمساعدة طفلهما على النمو في حدود إمكانياته وقدراته، والاهتمام الزائد بالطفل بتهيئة فرض التعلم والرعاية أكثر من إخوته العاديين.

بمعنى بذل الجهود لرعاية الطفل وحمايته حماية زائدة:

تأثير الطفل المتخلف في العلاقات الأسرية:

لوجود الطفل المتخلف في الأسرة تأثيرات سلبية متعددة منها:

١ ـ الميل الزائد لحماية الطفل:

وهذه الحماية والرعاية تكلف الأسرة جهوداً ومبالغ قد يصعب توفرها لديها في بعض الأحيان.

٢ ـ تماسك الأسرة وتكاملها:

إن وجود الطفل المتخلف في الأسرة يخلق جواً عاطفياً واجتماعياً ونفسياً لا يستهان به، فقد تتمزق علاقاتها وتفكك أواصر الود والمحبة بينها بسبب طلبات الطفل المتخلف المتكررة.

وقد تخلق القلق والضيق والتذمر الدائم، وقد يؤدي ذلك إلى الهروب من هذا الوضع وتحمل المسؤولية عنه.

٣ ـ الآثار السلبية على الإخوة والأخوات الأسوياء:

قد يشعر الإخوة الأسوياء والأخوات بتبعات زائدة فوق تحملهم ومستوى قدراتهم ونضجهم. من مشاعر مختلفة منها ـ اضطرابات نفسية (كبت وحقد وخجل ـ عدوان من جهة، وعزلة من جهة أخرى، واكتئاب من جهة ثالثة).

٤ ـ الحد من نشاط الأسرة:

إن وجود طفل متخلف في الأسرة قد يحد من نشاطها في المجالات الاجتماعية أو الثقافية أو الترفيهية. . . الخ.

منها: ـ الحد من خروجهم من المنزل للترفيه أو الزيارة. وذلك بسبب ضرورة اهتمامها بالطفل المعاق أكثر من اللازم، وأن وجوده بينهم يرافقه مصاعب جمة، قد تحد من نشاطها.

لذا يجب عدم الإفراط في الحماية والرعاية، حتى لا تنقلب إلى ضدها، وتؤثر تلك الرعاية على العلاقة بينه وبين إخوته.

وتتولد مشاكل عدة مثل: رفض الطفل من إخوته، أو ممارسة بعض السلوكات العدوانية بينهم.

لذا يجب على الأم: ألا تهمل أطفالها الآخرين وألاّ تزيد الرعاية والاهتمام بالطفل المتخلف.

المطلب العاشر

أ ـ اتجاهات النَّاس عامة نحو المتخلفين عقلياً:

إن اتجاهات الناس ومواقفهم نحو الطفل المعاق تنعكس على سلوكهم نحوه ومعاملاتهم له، وبالتالي تؤثر في نموه وتطوره.

فكما يقول أوسجود (Osgood) ورفاقه: إن الاتجاهات هي مقدمات وأسس للسلوك.

كثير من الناس لا يفرقون بين التخلف العقلي والمرض العقلي، وهذا يساهم في زيادة السلبية في اتجاهات الناس نحو المتخلفين عقلياً.

وقد أشار (MacMillan ١٩٧٧) إلى أنه: بالمقارنة بين اتجاهات الناس نحو المتخلفين عقلياً واتجاهاتهم نحو بطيئي التعلم أو المتخلفين دراسياً فإن اتجاهات الناس العاديين نحو المتخلفين عقلياً تعتبر أكثر سلبية».

هذه الاتجاهات السلبية تؤثر في الأطفال المتخلفين أنفسهم ومنها:

١ ـ أن التخلف العقلي مرض، وأن أفضل طريقة لعلاجه أو التقليل منه هو التحذير.

٢ ـ أن التخلف العقلي يعني الإعاقة الجسمية والتدني الشديد في القدرة العقلية.

٣ ـ هذه النظرة تؤدي إلى تردد الآباء في تسجيل أبنائهم المتخلفين في برامج الأطفال المتخلفين عقلياً.

ولكن النظرة اختلفت عندما غُير الاسم إلى برنامج التربية الخاصة. (١٩٧٧ Macmillan).

العوامل التي تؤثر في اتجاهات الناس نحو التخلف العقلي:

قد ركزت هذه العوامل على عوامل الجنس والعمر والمستوى الثقافي والتعليمي والمستوى الاجتماعي كالآتي:

١ ـ تعبر النساء عن اتجاهات أكثر تفضيلاً نحو المتخلفين من الرجال[1].

٢ ـ يعبر الأفراد الأصغر سناً عن اتجاهات إيجابية نحو المتخلفين عقلياً أكثر مما يعبر عنه الأفراد الأكبر سناً.

٣ ـ من ناحية المستوى الثقافي، فإن الأفراد الأكثر تعلماً وثقافة فإن اتجاهاتهم أكثر إيجابية. وقد دلت دراسة أخرى على أن الأفراد الأقل تعلماً أظهروا إيجابية أكثر نحو التخلف العقلي.

٤ ـ ومن ناحية المستوى المادي: فقد أشارت معظم الدراسات بأن اتجاهات الأفراد (أفراد الطبقات الفقيرة) أكثر إيجابية نحو المتخلفين عقلياً. من أبناء الطبقات المتوسطة أو الغنية.

وتشير بعض الدراسات إلا أنه لا يوجد فرق في اتجاهات الطبقات المختلفة نحو المتخلفين عقلياً.

ب ـ اتجاهات المعلمين والعاملين مع المتخلفين عقلياً:

إن الجهاز الذي يعمل مع الأطفال المتخلفين من إداريين ومعلمين ومرشدين نفسيين وتربويين وأخصائيين اجتماعيين ومعلمي التربية الخاصة.

كل هؤلاء يتفاعلون ويعملون مع الأطفال المعاقين، بدرجات متفاوتة وباهتمامات مختلفة.

تختلف هنا توقعات المعلمين والعاملين مع الأطفال المعاقين من إيجابية إلى سلبية، ويؤثر ذلك تحصيلهم.

ويمكن تلخيص تلك الاتجاهات فيما يلي:

١ ـ إن معلمي التربية الخاصة أكثر رغبة في تقليل البعد الاجتماعي أو الفوارق الاجتماعية بينهم وبين الأطفال المتخلفين.

٢ ـ إن المعلمين المتدربين في ميدان التربية الخاصة ينظرون إلى المتخلفين نظرة أكثر إيجابية من زملائهم المتدربين في ميدان التعليم العام.

---

(١) الريحاني، ص ١٥٤.

٣ ـ إن اتجاهات المعلمين وغيرهم من المهنيين العاملين مع الأطفال المتخلفين تؤثر حتماً في أداء هؤلاء الأطفال.

٤ ـ إن المعلمين بشكل عام يفضلون تعليم الأطفال الموهوبين على تعليم الأطفال المتخلفين.

٥ ـ إن اتجاهات المعلمين المتدربين نحو الأطفال المتخلفين من المستوى الاجتماعي الاقتصادي العالي أكثر إيجابية من اتجاهاتهم نحو الأطفال المتخلفين من أبناء الطبقات الفقيرة.

٦ ـ تعتبر اتجاهات أطباء الأطفال نحو الطفل المتخلف هامة جداً وخاصة بالنسبة للوالدين. فهم يتعرفون على حالة الطفل وينقلون تلك المعرفة إلى الوالدين.

جـ ـ اتجاهات الرفاق نحو الأطفال المتخلفين عقلياً:

يمكن تلخيص نتائج الدراسات المتعلقة باتجاهات الرفاق نحو الأطفال المتخلفين بما يلي:

١ ـ إن تقدير أطفال صفوف التربية الخاصة لرفاقهم المتخلفين عقلياً أعلى من تقدير أطفال الصفوف العادية لرفاقهم المتخلفين عقلياً الموجودين معهم في هذه الصفوف.

٢ ـ فقد وجد أن اتجاهات الأطفال العاديين نحو رفاقهم لم تتغير في اتجاه إيجابي، بل تبين أن هذا الدمج قد زاد في رفض هؤلاء الأطفال لرفاقهم المتخلفين.

٣ ـ بغض النظر عن وجود الأطفال المتخلفين في صفوف التربية الخاصة أو في الصفوف العادية في المدرسة، فقد وجد بشكل عام أن هؤلاء الأطفال المتخلفين يعانون من الرفض الاجتماعي، وعدم التقبل من رفاق الحي العاديين.

٤ ـ إن الأطفال العاديين من أبناء الطبقة الاجتماعية الفقيرة يبدون لرفاقهم المتخلفين تقبلاً أكبر مما يبديه أبناء الطبقات الاجتماعية المتوسطة الغنية.

اتجاهات الأطفال المتخلفين عقلياً نحو أنفسهم:

يمكن تلخيص نتائج الدراسات والأبحاث التي تناولت موضوع مفهوم الذات

عند الطفل المتخلف ونظرته لذاته فيما يلي:

١ ـ إن مفهوم الذات عند الأطفال المتخلفين أقل واقعية منه عند الأطفال الذين يتمتعون بذكاء سواء كان متوسطاً أم عالياً.

٢ ـ إن الأطفال المتخلفين لا يظهرون اتجاهات ثابتة نحو أنفسهم بل إن نظرتهم لأنفسهم تختلف باختلاف الأوضاع والظروف التي يكونون فيها كالمدرسة أو ساحة اللعب أو البيت.

٣ ـ إن المتخلفين القابلين للتعلم الموجودين في صفوف التربية الخاصة يحملون مفهوماً للذات أضعف من أمثالهم من الذين يذهبون إلى صفوف عالية.

د ـ اتجاهات والدي الأطفال المتخلفين عقلياً نحو أطفالهم المتخلفين:

في دراسات تمَّت أجراها كلوبانوف (Klobanoff 1957) فقد قارن بين اتجاهات (١٥) أُمّاً لأطفال مصابين وَ (٢٦) أُمّاً لأطفال عاديين وَ (١٥) أُمّاً لأطفال متخلفين عقلياً مستخدماً مقياس (Part) الذي طوره شيفر وبل (Schaoffer & Bell 1958) فقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أنه لا يوجد فرق بين اتجاهات أمهات الأطفال المصابين وأمهات الأطفال المتخلفين عقلياً، في حين أن تلك النتائج قد أظهرت فروقاً بين الأمهات العاديين، وأمهات الأطفال المصابين وأمهات الأطفال المتخلفين عقلياً فيما يتعلق بالحماية الزائدة.

وقد أجرى (Tano 1970) دراسة كانت على شكل مقابلات مع والدي الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعليم، وذلك لمعرفة العلاقة بين مستوى الطبقة الاجتماعية التي ينتمون إليها، وبين تقديرهم لأطفالهم المتخلفين عقلياً.

فقد وجد في نتيجة هذه الدراسة أن مستوى الطبقة الاجتماعية يرتبط بتقييم الوالدين لأطفالهم.

حيث وجد أن تقدير الوالدين الذين ينتمون إلى الطبقة الاجتماعية العليا لأطفالهم المتخلفين عقلياً كان تقديراً سلبياً، في حين أن تقدير الوالدين من الطبقة الاجتماعية الدنيا كان تقديراً إيجابياً. حيث اعتقد هؤلاء أن أطفالهم المتخلفين مؤهلون ولديهم شيء من الكفاءة (الريحاني ص ١٦١).

حيث وقد وجد أيانو (Iano) أيضاً أن اتجاهات الوالدين نحو البرامج الخاصة لأطفالهم والإدراك الذاتي للطفل المتخلف القادر على الظلم يمكن أن يرتبط بمستوى الطبقة الاجتماعية للوالدين.

أما (سكلتون) (Skelton 1972) فقد أجرى دراسة شملت (٩٠) طفلاً وضعوا في مؤسسات خاصة بالمتخلفين عقلياً، ومجموعة أطفال أخرى احتفظ بهم في المنزل، وكان عددهم (٣٨) طفلاً.

وقد سُئل آباء المجموعتين عن اهتماماتهم الأولية المتعلقة بأطفالهم، عبر القسم الذي احتفظ بأطفاله في المنزل عن اهتمامهم بسعادة الطفل المتخلف.

وفي دراسة أجراها كل من نيمان وسان مارتين (San Martin & Neman 1974) أشارت تلك الدراسة إلى اهتمام الوالدين الزائد بالطفل المتخلف عقلياً على حساب إخوته الآخرين، وقلق الوالدين حول معنى التخلف العقلي وعلاقة ذلك بالأطفال العاديين.

وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن الأسر تتعرض لبعض الضغط الذي يسبب صعوبات نفسية لها.

المطلب الحادي عشر
تعديل الاتجاهات نحو المعاقين

تتنافس نظريات اجتماعية في علم النفس الاجتماعي على كيفية تغيير الاتجاهات، فالبعض يفترض أن الاتجاه يتغير ليصبح ملائماً للسلوك، والبعض الآخر يفترض أن تغيير السلوك سيؤدي إلى تغيير الاتجاه.

استراتيجيات تعديل الاتجاهات نحو المعاقين:

من الاستراتيجيات الهامة لتعديل الاتجاهات ما يلي:

١ ـ البرامج التعليمية: (خاصة بالعاملين مع المعاقين).
٢ ـ التواصل مع المعاقين.
٣ ـ حافز الإعاقة.
٤ ـ تغيير الإطار المرجعي.

٥ ـ استخدام أسلوب جر الرِّجل.

الشرح:

١ ـ تقديم برامج تعليمية للعاملين مع المعاقين:

وذلك بتزويدهم بمعلومات دقيقة عن الإعاقة وهذا يقودنا إلى اتجاهات أكثر إيجابية نحو الإعاقة والمعاقين، ويمكن توفير هذه المعلومات من خلال وسائل الإعلام التعليمية والمحاضرات والندوات.

وقد دلت بعض الدراسات على هذه الاستراتيجية الدراسة التي أجراها كل من سادليك وبنتا (Sadlick & Penta, 1957).

وقدما تقريراً لها، أفاد هذا التقرير: بأنهم نجحوا في تغيير اتجاهات الممرضات نحو المصابين بالشلل الرباعي في دراستهم عن طريق تريض الممرضات لفيلم عن إعادة تأهيل المصابين بهذه الإعاقة لمدة (١٧) دقيقة.

قدم الفيلم معلومات بخصوص الإصابة ومشاعر المعاقين نحو إعاقتهم وطبيعة التغييرات التي طرأت عليهم نتيجة الإصابة، وقد تبين أن تغيير الاتجاهات بهذه الاستراتيجية تدوم إلى فترات طويلة (باركر وهانسين) (Parker & Hansen 1981).

٢ ـ التواصل مع المعاقين:

من الاستراتيجيات المستخدمة لتغيير الاتجاهات نحو الإعاقة، زيادة التواصل مع المعاقين مما يؤدي في النهاية إلى تقليل التوتر والذي يشعر به الناس من وجود المعاق.

وقد قدّم كل من (ينج Young 1970 وفوك Bhock ويُركِر Yurker) تقريراً يبين أن التواصل مع المعاقين جسمياً يساعد إيجابياً في تغيير الاتجاهات ولكن في ظروف معينة فقط.

فعلى سبيل المثال: نجد أن الأشخاص الذين لهم أقرباء أو إخوان أو حتى أصدقاء معاقين نجد أن اتجاهاتهم أكثر إيجابية عن العاملين في مراكز إعادة التأهيل.

وكذلك في حالة التواصل: من المهم أن يتصل المعاقين مع غير المعاقين كأطراف متساوية (وست وود) (Westwood 1981).

ويجب التقرير هنا: أن المسألة ليست مجرد اتصال أو معلومات فقط، بل هي اتصال بين المعاقين وغير المعاقين في وضع متساوٍ، وربط المعلومات عن الإعاقة بالاتصال مما يشكل استدراتيجية قوية في تغيير الاتجاهات (باركر وهانسين) (Parkert Hausen 1981).

٣ ـ حافز الإعاقة:

من حوافز الإعاقة للعاملين معهم هو مرورهم بتجار ب سارة أو غير سارة، هذه التجارب ستؤدي إلى إدراك أفضل للإعاقة، واتجاهات أكثر إيجابية نحوها (وست وود) (West Wood 1981).

٤ ـ تغيير الإطار المرجعي:

قد يتأثر الاتجاه بالإطار المرجعي للطفل والذي يتضمن المعايير والقيم والمدركات ويؤثر فيه.

فإن هذا التأثير (بين الإطار المرجعي والاتجاه) يؤكد أن تغيير الاتجاه يتطلب تغيير في الإطار المرجعي للطفل، ويشير ويليمز (Willams) إلى أن التحدي المستقبلي الذي يواجه الباحثين هو تحديد الأسلوب الذي يؤثر في القيم الأساسية، ويزيد من قبول الناس للأشخاص المعاقين عقلياً مثلاً. لذا يجب أن نركز على برامج الإرشاد الديني والمعايير الأخلاقية لدى الأشخاص، لأنها قد تشكل المبادىء التي يؤمن بها الأشخاص (Willams 1981).

٥ ـ استخدام أسلوب جر الرِّجل:

يقوم هذا الأسلوب أو هذه الاستراتيجية على أن يطلب من الشخص أن يقدم شيئاً أو سلوكاً لفظياً أو فعلياً في الطريق نحو تغيير اتجاهه، ومن ثم سيتابع تغيير اتجاهه (عقل، ١٩٨٨).

المطلب الثاني عشر
الرعاية التربوية للمتخلفين عقلياً (لرعاية الأكاديمية).

المقدمـة:

للتربية الخاصة في جميع مجالاتها أهداف، تسعى كل جهة من جهات التربية الخاصة إلى تحقيق تلك الأهداف. ولوضع أي أهداف تربوية للمتخلفين عقلياً يجب أن نسأل أنفسنا هذه الأسئلة:

١ ـ ماذا يجب علينا أن نعلم هؤلاء الأطفال؟

٢ ـ وكيف نعلم هؤلاء الأطفال؟

٣ ـ وماذا يستطيعون تعلمه؟

وهناك أهداف عامة وأهداف خاصة.

أهداف عامة طويلة الأمد، وأهداف خاصة قصيرة الأجل مثل الأهداف السلوكية وكيفية تحقيقها.

وهذه الأهداف السلوكية محددة وثانوية في الترتيب المنهجي، وهي تتفرع من الأهداف الأكثر شمولاً وعمومية.

إن الأهداف العامة تساعدنا في تقدير ماذا يجب أن نُعَلِّم؟

من هذه الأهداف مثلاً: هدف الاعتماد على الذات والاستقلالية.

لا بد لتحقيق هذا الهدف ببذل الجهد لتنمية القدرة على الاستقلال للأطفال وذلك بالتخطيط لنشاطات المساعدة الذاتية والمهارات الاجتماعية.

ومنها: نشاط كيفية اتخاذ القرارات بأنفسهم مع تقديم الدعم العاطفي والاجتماعي.

أولاً: أهداف تربية المتخلفين عقلياً:

منها ما يلي:

١ ـ أن يتعلم الأطفال الحد الأدنى من المواد الدراسية.

٢ ـ أن نساعدهم على التعايش مع الآخرين من خلال الخبرات الاجتماعية المتنوعة.

٣ ـ أن نساعد التلاميذ على تنمية الاستقلالية والاعتماد على الذات في المدرسة والبيت.

٤ ـ أن نساعدهم على تعود العادات الصحية المناسبة.

٥ ـ أن نساعد الأطفال على القدرة على كسب عيشهم من خلال التدريب والتقييم والتوجيه.

٦ ـ أن نساعد التلاميذ على أن يصبحوا أعضاء صالحين أو مناسبين في أسرهم وبيوتهم.

ولرعاية المتخلفين عقلياً يجب الاهتمام ببناء منهاج خاص بهم واتباع طريقة خاصة في تدريسهم.

ولهذه المناهج والطرق أسس هامة منها:

ثانيا: الأسس التي تقوم عليها مناهج المتخلفين عقلياً:

تقوم مناهج الأطفال المعاقين عقلياً على عدد من الأسس ويمكن الحديث عن هذه الأسس وأهمها:

أولاً: الأسس الاجتماعية:

تشمل الأسس الاجتماعية تراث المجتمع الثقافي، وأعرافه وتقاليده، ومشكلاته وأهدافه وآماله وآلامه في المستقبل والحاضر والماضي.

ولا بد أن تتمثل تلك الأعراف والتقاليد والأهداف في منهاج خاص، ويجب أن يتدرج مع المعاقين بشكل يمكنهم من التعرف على عناصر الثقافة الاجتماعية وتراثهم الثقافي والديني.

فالمدرسة مثلاً مؤسسة اجتماعية تربوية تقوم بتحديد تلك الأهداف وتعمل على تحقيقها في صورة منهاج، ونظم، فلكل نظام مؤسسة تعمل على تحقيق أهدافه، ويتم دراسة تلك النظم من خلال الزيارات الميدانية والإيصال المباشر بهذه المؤسسات.

من هذه النظم: النظام الديني، والنظام التربوي، والنظام الاقتصادي كأمثلة.

ثانياً: الأسس التربوية والنفسية:

ونقصد بالأسس التربوية، الفلسفة التربوية والنظم التربوية وآراء التربويين. فيما يتعلق بأهداف التربية والتعليم.

من أهم هذه الأسس (التربوية) تغير نظرة التربويين نحو قدرة الطفل المعاق على التعلم، بعكس النظرة السابقة المضادة لهذه النظرة.

والتي تنادي بعزل هؤلاء الأطفال في مؤسسات خاصة تمكنهم من الوصول إلى مستوى الكفاءة الاجتماعية، والقدرة على الرعاية الذاتية، أي القدرة على خدمة أنفسهم بأنفسهم بقدر الإمكان. هذه نظرة ديمقراطية ونظرة مساواة في حق كل طفل.

فالطفل المعاق (المتخلف عقلياً) له حق الرعاية والعناية لإكسابه مهارات الحياة اليومية (المهارات الفردية). وإكسابه المبادىء الأساسية للتعلم الأكاديمي (قراءة وكتابة وحساب والتدريب المهني أيضاً).

كل هذا من أجل تحقيق هدف أسمى وهو: التكيف والتلاؤم مع المجتمع.

ثالثاً: الأسس النفسية:

ويتطلب ذلك دراسة الخصائص النفسية والتربوية لهؤلاء الأطفال.

فلا بد هنا من التركيز على جوانب مهمة نفسية يقوم عليها منهاج المتخلفين عقلياً وهي:

أ ـ خصائص نمو الأطفال المتخلفين عقلياً: لكي نضع منهاجاً خاصّاً للأطفال المتخلفين عقلياً لا بد أن ندرس خصائص هؤلاء الأطفال في كل فئة عمرية. هذه الخصائص تساعدنا في التخطيط للتربية وإعداد المناهج لكل فئة عمرية معينة.

هذا مع العلم أن الطفل المتخلف عقلياً يواجه كثيراً من الصعوبات والمعوقات في النمو التي تؤثر في قدرته على التعلم. وهذه المعوقات هي:

يلخصها الدكتور سليمان الريحاني في الآتي:

١ ـ معوقات في الإدراك الحسِّي:

يعتبر تدريب الحواس والإدراك الحسّي من أهم الأسس التي تقوم عليها تربية

الأطفال المتخلفين عقلياً.

ومن هذه الحواس حاسة البصر وحاسة السمع، قد يعاني هؤلاء الأطفال من إصابات تؤدي إلى ضعف في هذه الحواس، مما يؤثر ويعوق قدرة الأطفال على إدراك الخبرات الحسية في البيئة المحيطة.

٢ ـ معوقات في التفكير:

قد يعاني الأطفال المتخلفين عقلياً من صعوبات واضحة ومميزة في التفكير وفي العمليات العقلية الأخرى مثل التذكر والتخيل والإدراك.

إن هذه الصعوبات تعوق قدرة الطفل على إدراك المعاني والمقارنة بين المثيرات المختلفة، كما تؤثر على قدرته في التحليل والتركيب والاستنتاج والتعميم.

٣ ـ معوقات نفسية:

«يتميز الأطفال المعاقين والمتخلفين عقلياً بالاتكالية وعدم الاستقرار وعدم القدرة على التركيز في العمل لفترة طويلة، كما يتصف بعضهم على العكس من ذلك مثل النشاط الزائد والحركة، كما يتصف البعض الآخر بالخمول وعدم النشاط.

لذا يجب أن يشتمل المنهاج على بعض الأنشطة التي تتجه نحو الإثارة والنشاط الهادف للتقليل من الحركة الزائدة».

٤ ـ معوقات في التكيف الاجتماعي:

«يتصف الأطفال المتخلفين عقلياً بعدم القدرة على التعاون والعمل مع الآخرين كما يتصفون بعدم القدرة على مراعاة النظام والتقاليد والأعراف والعادات الاجتماعية، مما يؤثر على قدرتهم على التعلم والتعامل مع الآخرين، بالإضافة إلى تدني قدرتهم على الإصغاء الجيد».

٥ ـ معوقات في الكلام والنطق واللغة:

«يعاني الأطفال المتخلفين عقلياً من صعوبات في النطق والكلام مما يؤثر على قدرتهم على التعلم، وهذا راجع إلى شعورهم بالنقص والاضطراب النفسي.

لذا فإن برامج العلاج الكلامي وعلاج النطق (Speech Thesapy) تصبح ضرورية

لمثل هؤلاء الأطفال»؟ ويعاني أيضاً هؤلاء الأطفال من تخلف في اللغة، صعوبات في التعبير والفهم لذا يجب الاهتمام بتدريبهم لغوياً.

٦ ـ معوقات صحية:

يصاب الأطفال المتخلفين عقلياً ببعض الأمراض بسبب تدني مستويات الرعاية الصحية، أو تدني مستويات البيئات الاجتماعية والصحية، ومن هذه الأمراض: أمراض الجهاز التنفسي، والجهاز البولي، والعظمي والعصبي، مما يؤثر على قدرتهم على التعلم.

المنهـــاج

تعريف المنهاج: (تعريف مختار)

المقصود بالمنهاج: مجموعة الخبرات التربوية والثقافية والاجتماعية والرياضية والفنية التي تهيؤها المدرسة لتلاميذها داخل المدرسة أو خارجها، بقصد مساعدتهم على النمو الشامل، وتعديل سلوكهم طبقاً لأهدافها التربوية.

أو هو: كل المقررات التي تقدمها المدرسة لتلاميذها (زيتون، وعبد الحميد ١٩٨٤).

والمنهاج في اللغة هو: الطريق الواضح.

والمنهاج تربوياً هو: الطريق الذي تسلكه العملية التربوية لتحقيق الأهداف التربوية والمتمثلة في الخطة التربوية الفردية من خلال الخطة التعليمية (الروسان ١٩٨٣).

فالمنهاج هو: جزء من الخطة التعليمية.

والبرنامج هو: جزء من المنهاج.

محتوى المنهاج:

يتضمن محتوى المنهاج للمعاقين عقلياً عدداً من الأبعاد والمهارات التي تشكل في مجموعها مادة علمية للمعاقين منها:

١ ـ المهارات الاستقلالية ومنها:

أ ـ مهارات الحياة اليومية.

ب ـ المهارات الذاتية.

٢ ـ المهارات الحركية وتتضمن:

أ ـ مهارات حركية عامة.

ب ـ مهارات حركية دقيقة.

٣ ـ المهارات اللغوية ومنها:

أ ـ مهارات اللغة الاستقلالية.

ب ـ مهارات اللغة التعبيرية.

٤ ـ المهارات الأكاديمية ومنها:

أ ـ مهارات القراءة.

ب ـ مهارات الكتابة.

جـ ـ مهارات الحساب.

٥ ـ المهارات المهنية:

٦ ـ المهارات الاجتماعية:

وهي:

١ ـ الكفاية المهنية.

٢ ـ الكفاية الاجتماعية.

٣ ـ الكفاية الشخصية (Macmillan 1977).

ثالثاً: البرامج التربوية للمتخلفين عقلياً (وهي تشكل المنهاج)

أولاً: البرامج التعليمية لحالات التخلف العقلي الخفيف: (أي فئة القابلين للتعلم (E.M.R)):

يكون البرنامج فعالاً إذا ما بدأ البرنامج في وقت مبكر، ويمكن أن يشمل على الجوانب التالية:

١ ـ في مستوى سن ما قبل المدرسة (من ٣ ـ ٦ سنوات) يعتمد البرنامج في هذه السن على تنمية مهارات التواصل والعمليات الإدراكية والاعتماد على النفس ومهارات التنشئة الاجتماعية.

٢ ـ في مستوى المرحلة الابتدائية (من ٦ ـ ٩ سنوات). يمكن مشاركة الأطفال لزملائهم العاديين في البرامج التعليمية العادية، ولا بد أن يكون ذلك تحت إشراف أخصائيين في التربية الخاصة.

٣ ـ في المستوى المتوسط: من (٩ ـ ١٢ سنة).

تؤكد تلك البرامج على مهارات القراءة والكتابة والحساب، ويركز في تلك المرحلة على المظاهر النمائية والإدراكية، ويكونون مع زملائهم العاديين في نفس الصف (الصف العادي).

ويركز منهاج الأطفال القابلين للتعلم على ثلاثة أهداف عامة أعدها كل من كيرك وجونسون (Kirk and Johnson 1951) وهي:

١ ـ الكفاية المهنية.

٢ ـ الكفاية الاجتماعية.

٣ ـ الكفاية الشخصية (Macmillan 77)، فلا يخلو منهاج هذه الفئة من المهارات التالية:

١ ـ القدرات الحسابية.

٢ ـ المهارات الاجتماعية.

٣ ـ المهارات المهنية.

٤ ـ مهارات الاتصال.

٥ ـ المهارات الحركية.

٦ ـ قدرات الأمن والصحة.

توصيات واقتراحات: حول الأطفال خفيفي الإعاقة:

١ ـ أن يكون الواجب الذي سيكلف به الطفل المتخلف بسيطاً، ويحتوي على قدر ضئيل من العناصر الجديدة في حين يتضمن الواجب عناصر مألوفة لدى الطفل من خلال التعلم السابق.

٢ ـ أن يحتوي الواجب على مشكلات ومواقف تتصل بشكل بمظاهر البيئة الفعلية التي تحيط بالطفل.

ثانياً: البرامج التعليمية لذوي التخلف العقلي المعتدل (المتوسط أي (فئة القابلين للتدريب T.M.R):

تحتاج برامج التربية الخاصة للأطفال المتخلفين بدرجة معتدلة إلى إدخال أشكال من التنظيم على البرامج التعليمية العادية، ويجب أن تؤخذ تلك الاعتبارات في الحسبان.

أ ـ من سن (٣ ـ ٦) سنوات.

يجب أن يكون البرنامج التعليمي في هذه المرحلة ممتداً على مدى نصف يوم دراسي، مركزاً على تطوير مهارات الاعتماد على النفس، ومساعدته على تعلم بعض المهارات المرتبطة بالنطق والكلام، وتدريبه على بعض المهارات الحركية، ومهارات التفاعل الاجتماعي.

ب ـ في مستوى المرحلة الابتدائية من(٦ ـ ٩ سنوات) يمكن أن يمتد اليوم الدراسي على مدى خمس ساعات.

جـ ـ في مستوى التعليم المتوسط (من ٩ ـ ١٢ سنة) يمكن أن يمتد اليوم الدراسي إلى يوم كامل. يتدرب الأطفال على بعض المهارات اللازمة لعملية القراءة وبعض المهارات الحسابية البسيطة ومهارات التواصل اللفظي.

ويتم التدريب في هذا البرنامج على شكل أوقات الفراغ من خلال ممارستهم لبعض الهوايات والأنشطة الفنية، وبعض المهارات الاجتماعية مثل الانتماء إلى أسر وجماعات مدرسية.

والأسلوب السائد أن يكون لهم صف خاص ضمن المدرسة العادية يقضون فيه جزء من يومهم الدراسي.

ثالثاً: برامج التخلف العقلي الشديد والحاد (أي فئة الإعاقة الشديدة S.P.M.R):

ويركز البرنامج الخاص لهؤلاء الأطفال على مساعدة الطفل، على الاعتناء بنفسه وتدريبه على اكتساب بعض المهارات البسيطة التي يمكنه من التواصل مع الآخرين، ويحتاج هؤلاء إلى العلاج الطبيعي وبعض المهارات التي تنشط حواسه،

وتنمية المهارات الحركية، وبعض مهارات الاعتماد على النفس.

ويتضمن منهاج الأفراد شديدي الإعاقة الأبعاد التالية:

١ ـ النشاطات اليومية مثل (تناول الطعام ـ الذهاب إلى الحمام ـ غسل الوجه واليدين).

٢ ـ التدريب على القدرات الجسمانية (التسلق ـ الزحف ـ المشي).

٣ ـ التدريب الحسّي (حاسة الشم ـ اللمس ـ السمع).

ويتم التدريب على المهارات السابقة باستخدام المنهج السلوكي النمائي الوظيفي.

ويعيش من ٩٠ ـ ٩٥٪ من أفراد هذه الفئة في مؤسسات إقامة دائمة، ويتلقون تعليماً محدوداً ضمن حدود تلك المؤسسات.

وتتضمن الصفوف الخاصة بهم عادة، عدة تسهيلات مثل تواليت خاص، عربات خاصة لنقلهم من وإلى الصفوف.

فإن الهدف التربوي من هذه التسهيلات: هو ضبط الأمعاء والمثانة، والعناية بالذات، أما استراتيجيات التدريس فتتمثل بالأشراط البسيط والتكرار. هؤلاء الأطفال لا يستطيعون الكلام في الغالب، فعلى المعلمين أن يستخدموا كلمات قليلة وشائعة الأصوات وإشارات الأيدي واللمس.

لا بد من المرور على ثلاثة جوانب رئيسية في هذا المجال (مجال دراسة الأسس التربوية التي تقوم عليها البرامج).

أ ـ خصائص نمو الأطفال المعاقين:

كل مرحلة عمرية لها خصائصها التي تساعدنا في التعرف على حاجات الأطفال حتى يمكن إشباعها.

والطفل المعاق يواجه صعوبات ومعوقات كثيرة تؤثر في نموه وقدرته على التعلم منها:

(وقد سبق أن نوّهنا عنها).

ب ـ حاجات وميول واتجاهات وقدرات المعاقين:

الطفل المعاق عقلياً بحاجة إلى الأمن والرعاية والحماية والشعور بالثقة والقيمة أكثر من غيره من الأطفال العاديين. لذا يجب أن تراعى عند وضع المنهاج هذه الحاجات.

أما ما يتعلق بالميول: فلا بد أن نراعي في المنهاج طبيعة ميول هؤلاء الأطفال والتي تتصف بالمحدودية. ولا بد أن نأخذ في الاعتبار طبيعة الاتجاهات السلبية التي يكون قد كونها المعاق نحو نفسه نتيجة تعرضه للإحباطات ومواقف الفشل وسخرية الآخرين. لذا يجب أن يغير المنهاج من نظرة أو فكرة المعاق عن نفسه.

جـ ـ نظريات التعلم والتدريب وعلاقتها بالمنهاج:

هناك مبادىء معينة يجب مراعاتها عند وضع المنهاج منها:

١ ـ مراعاة الخصائص النمائية لكل طفل واستعداداته وقدراته.

٢ ـ تحسين المهارات العامة التي تتصل بالحياة اليومية والاجتماعية.

٣ ـ أن يحتوي المنهاج على برامج التربية الدينية والأخلاقية والقيم والمثل العليا.

٤ ـ أن يحتوي المنهاج على خبرات عملية ومهنية وتدريب عملي كافٍ على بعض المهن التي تتناسب وميول وقدرات الطفل، وذلك لإعداده للحياة، ومساعدته على أن يعول نفسه.

٥ ـ أن يساعد المنهاج الطفل المعاق عقلياً، على أن يقوم باستخدام جسمه ويديه، وعقله وحواسه أثناء التعلم. (حسين ١٩٨٦).

الفصل الثاني

التأهيل المهني للمعاقين

المعنى العام للتأهيل:

هو مساعدة الفرد على التعرف على إمكانياته وتزويده بالوسائل التي تمكنه من استغلال هذه الإمكانيات (Allan 1958). إن حركة تأهيل المعاقين قد نالت اهتماماً كبيراً وخاصة بعد الحرب العالمية الثانية، وخاصة في مجال التأهيل الطبي الذي استطاع من خلاله الأطفال المعاقون استعادة قدراتهم الجسمية والحركية والاستفادة مما تبقى منها إلى أقصى درجة ممكنة ومساعدة المعاق على التكيف مع العمل والاستمرار فيه.

فقد اهتمت المنظمات الدولية ـ كمنظمة الأمم المتحدة، ومنظمة العمل الدولية، واليونسكو، ومنظمة الصحة العالمية. بتأهيل المعاقين ورفع مستوياتهم الاجتماعية والاقتصادية.

ومما يدل على هذا الاهتمام الدولي الواسع إعلان منظمة الأمم المتحدة سنة ١٩٨١ م سنة عالمية للمعاقين. لإعطائهم حقوقهم في الرعاية والتربية والتدريب والتشغيل.. الخ.

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية (WHO) التأهيل بأنه: الإفادة من مجموعة الخدمات المنظمة في المجالات الطبية والاجتماعية والتربوية والتقييم المهني، من أجل تدريب أو إعادة تدريب الفرد للوصول به إلى أقصى مستوى من مستويات القدرة الوظيفية.

إذا عملية التأهيل المهني للمعاقين والمتخلفين عقلياً، عملية تشمل البرامج والخدمات التي يشرف عليها عدد من الأخصائيين تمكن المتخلف من أداء عمل أو أعمال تتناسب مع قدراته واستعداداته، وإمكانياته المتوفرة لديه.

سياسات التأهيل:

تقوم سياسات التأهيل على أمور عدة منها:

١ ـ أن المعاق (وخاصة المتخلف عقلياً) لا يعيش في معزل عن الناس ولا يعاني ما يعانيه في معزل عن الآخرين. بل يعيش ويعاني ضمن إطار اجتماعي يتأثر به، ويؤثر فيه.

٢ ـ أن نتقبل المعاق ونحترم حقوقه الأساسية ـ الإنسانية والاجتماعية والمدنية.

أي تقوم فلسفة التأهيل على أساس احترام الفرد وكرامته باعتباره عضواً في أي مجتمع يعيش فيه.

وأن هذا المعاق يتلقى نتاج عمله مقابل خدمة يؤديها لا كحسنة يتلقاها من صاحب العمل.

٣ ـ وأن المعاق له الحرية في اختيار المهنة التي يرغبها ويجب تأهيله لها حسب البرامج المتبعة.

المبحث الأول

العناصر الأساسية في عملية تأهيل المعاقين: لقد أشار ألان (Allan 1958) إلى هذه العناصر ومنها:

المطلب الأول

١ ـ البرامج: Programs

يمكن تعريف البرامج بأنها هي مجموعة الخطط والإجراءات التي يقوم على إدارتها أفراد وجماعات. هؤلاء الأفراد همهم الوحيد تخطيط وتنظيم[١] الخدمات المقدمة للمعاقين، وليس همهم بالضرورة الاتصال المباشر مع الخدمات المباشرة التي تقدم للمعاق من أجل تأهيله.

وتختلف برامج التأهيل من حيث الحجم والتنظيم والأهداف والجهات المشرفة على هذه البرامج.

فقد تكون تحت إشراف الدولة أو قد تكون تحت إشراف جماعات تطوعية أو مؤسسات وجمعيات خيرية أو خاصة.

وتختلف من حيث الأهداف، فقد يكون الهدف التأهيل الطبي لفئة معينة من المعاقين، وقد يكون الهدف نفسياً وتشرف عليه جمعية الصحة النفسية، وقد يكون الهدف سمعياً أو بصرياً.

وبعضها يكون في مجال التقييم والتدريب المهني والتشغيل وهكذا.

---

(١) الريحاني ص ٢٤٨.

المطلب الثاني
الخدمات

يقصد بهذه الخدمات ـ الخدمات المحددة والمنظمة من أجل استعادة المعاق لقدراته المعاقة.

وتشمل تلك الخدمات: نوعاً من الخدمات المتخصصة في النواحي التالية:

١ ـ النواحي الطبية والجراحة والتمريض.
٢ ـ معالجة السمع والكلام.
٣ ـ الإرشاد النفسي والتوجيه المهني، وتطبيقات الاختبارات النفسية والتربوية.
٤ ـ التربية الخاصة والتقييم المهني والتشغيل والتدريب وغير ذلك من الخدمات... الخ.

المطلب الثالث

٣ ـ الكوادر المتخصصة:

إن تقديم مثل الخدمات السابقة للمعاقين يحتاج إلى كوادر فنية متخصصة تشرف على تقديم تلك الخدمات، وتحتاج إلى كوادر ليست بالقليلة، مثل هؤلاء الأشخاص قد يجمعوا بين أكثر من تخصص لتغطية العجز في الكوادر، هؤلاء الأخصائيون هم[١]:

أ ـ الأطباء في مختلف التخصصات الطبية، والممرضين والممرضات.
ب ـ المعالج المهني.
جـ ـ معالج الكلام والسمع.
د ـ الأخصائي الاجتماعي بأنواعه، وأخصائي علم النفس الإكلينيكي والمرشد النفسي، والمرشد المهني.
هـ ـ المعلمون الحرفيون، ومعلمو التربية الخاصة.
و ـ مديرو مراكز التأهيل. وغيرهم.. الخ.

ويلحق بتلك العناصر الأساسية في عملية التأهيل العناصر الآتية:

---

(١) الريحاني ـ مرجع سابق ـ ص ٢٤٩.

٤ ـ العنصر المكاني.
٥ ـ الأجهزة.

فالمكان هو البناء الذي يتم فيه تقديم الخدمات المحددة والمتخصصة للمعاق، سواء أكانت خدمات طبية أو اجتماعية أو نفسية أو تربوية أو مهنية الخ.

وتقدم تلك الخدمات في مراكز خاصة مثل: مراكز التدريب المهني، مدارس التربية الخاصة. . الخ.

ويجب أن تكون تلك الأماكن مصممة حسب الخدمات التي تقدم بحيث لا تعيق حركة المعاق أو قدرته على الاستفادة من الخدمات المتخصصة.

ومن الأجهزة المستخدمة: الأجهزة الطبية بما فيها من أجهزة التصوير الشعاعي، وأجهزة فحص السمع أو النظر، أو الأطراف الاصطناعية، أو الأجهزة السمعية، والبصرية، أو بطاريات الاختبارات المختلفة.

المبحث الثاني
خطوات التأهيل

قبل أن نتعرض للخدمات التي تقدم للمعاقين، أجد من الضروري التعرض للخطوات وهي كالتالي.

١ ـ التعرف على الحالة:

إن التعرف على الحالة يشكل الخطوة الأولى والأهم في عملية التأهيل،

ويجب أن يكون التعرف مبكراً على قدر الإمكان، فإن تأخر العثور على الحالة وتقديم الخدمات لها ينعكس أثره على نفسية المعاق، مثل ظهور الاضطرابات النفسية والسلوكية المختلفة مثل الانطواء والاكتئاب والشعور بالنقص وتدني الذات.

٢ ـ التشخيص الطبي والسيكولوجي:

من خلال التشخيص الطبي يستطيع المسؤولون عن الطفل المعاق تحديد مدى إصابة الطفل ومدى تأثير الإعاقة عليه.

وكذلك يهتم التشخيص السيكولوجي النفسي بالكشف عن الصعوبات والاضطرابات النفسية.

وكذلك يهتم بالكشف عن قدرات الطفل العقلية العامة والخاصة، ومدى التأثير الذي لحق بالطفل.

٣ ـ التوجيه المهني والإرشاد النفسي:

يبدأ عمل المرشدين النفسيين والموجهين المهنيين من حيث ينتهي عمل الأطباء

والأخصائيين النفسيين.

يقوم المرشدون والموجهون بتحديد العمل أو المهنة التي تتناسب مع قدرة المعاق واستعداداته. بالإضافة إلى مساعدته على التغلب على مشاكله النفسية مثل الاكتئاب والشعور بالنقص الخ.

وكذلك العمل مع أسرة الطفل المعاق من أجل تقبله ومساعدته على التغلب على الصعوبات التي يواجهها.

٤ ـ مرحلة التقييم المهني (أي ما قبل التدريب المهني):

إن مرحلة التقييم المهني مهمة جداً قبل مرحلة التدريب. فقد يهتم بذلك الموجه المهني أو المقيم المهني، ويكون التقييم على أساس معلومات يقدمها المشخصون ومنها:

١ ـ التعرف على ميول الأطفال وقدراتهم الجسمية والعقلية.
٢ ـ التعرف على خصائص شخصية الطفل الأخرى.

وذلك من أجل تحديد المهنة التي تتناسب مع استعدادات الطفل وميوله.

٥ ـ مرحلة التدريب المهني:

تهتم تلك المرحلة بإتاحة الفرصة للمعاق أن يتدرب على الأعمال التي تناسبه. ويجري التدريب في مشاغل محمية أو في ورش خاصة أو مراكز تدريب مهنية متخصصة.

٦ ـ مرحلة المتابعة:

هذه المرحلة تأتي بعد مرحلة التشغيل، وتهتم تلك المرحلة بتكيف الطفل مع نفسه واهتمامه بصحته وخاصة النفسية منها. ومساعدته على الاستمرار في عمله الذي اختاره ومع أسرته وبيئته المحلية والمجتمع عموماً.

المبحث الثالث
خدمات التأهيل

١ ـ خدمات التأهيل الطبي:

القصد من التأهيل الطبي وخدماته هو تحسين أو تعديل الحالة الجسمية أو العقلية للمعاق ليمارس حياته العامة بشكل عادي.

ومن أول خدمات التأهيل الطبي التي يتلقاها المعاق ما يلي:

١ ـ خدمات المعالجة الطبية والراحة.

٢ ـ المعالجة المهنية وتعديل وظائف الجسم، لاستخدامها بشكل يعوض عما فقد منها.

٣ ـ الأطراف الاصطناعية والأجهزة المساعدة ـ كالأجهزة السمعية والبصرية.

٤ ـ التدريب على الأنشطة اليومية الحياتية، والرعاية الذاتية.

٥ ـ العلاج النفسي.

٢ ـ الخدمات الأكاديمية:

وتشمل البرامج التربوية والتعليمية التي تقدم للمعاق بقصد الاستفادة من الفرص التعليمية المتاحة. مما يستلزم تعديلاً في البرامج وطرق التدريس والمناهج والأجهزة المساعدة. من خلال المؤسسات التالية:

١ ـ نظام المدارس الداخلية.

٢ ـ نظام مدارس التربية الخاصة (نهارية).

٣ ـ نظام الفصول الخاصة (تخصيص صف أو فصل أو أكثر في المدرسة العادية).

٣ ـ خدمات التقييم والإرشاد والتوجيه المهني:

ويقصد بتلك الخدمات مساعدة المعاق على اختيار المهنة المناسبة له أو الوظيفة أو الحرفة التي تتناسب مع قدراته وطاقاته الجسمية والعقلية.

ويتم تقييم هذه الجوانب من خلال الفحوص الطبية والاختبارات النفسية والمهنية، واختبارات الميول ودراسة الحالة.

٤ ـ خدمات الإرشاد النفسي:

سبق وأن ألحقنا خدمات الإرشاد النفسي بالخدمات الطبية.

ويقصد بالخدمات النفسية: تمكين المعاق من فهم وتقدير نفسه ومعرفة إمكانياته الجسمية والعقلية والاجتماعية والمهنية.

٥ ـ خدمات التدريب المهني:

تهدف خدمات التدريب المهني إلى مساعدة المعاق على القيام بخدمات وأنشطة اقتصادية، يستطيع الاستفادة من إمكانياته ومؤهلاته المهنية، في اختيار الوظيفة أو الحرفة أو المهنة المناسبة له والتي تدر عليه أموالاً تكفيه أو تغنيه عن الآخرين حتى لا يكون عالة على أحد ـ في توفير السكن المناسب ووسيلة النقل، والنشاطات الترويحية الأخرى.

بعض النقاط التي يجب مراعاتها عند العمل مع والدي الطفل المعاق:

١ ـ يجب أن توضح للوالدين مشكلة ابنهم بأسرع وقت ممكن ونساعدهما على فهمها.

٢ ـ أن نقابل الوالدين أو أحدهما، إن كان ذلك ممكناً ليصبح التواصل ممكناً وسهلاً فيما بعد.

٣ ـ أن نتعامل مع الوالدين على أنهما مثل أي والدين، فلا نوجه لهما الانتقادات والاتهامات حتى لا يشعروا بعقدة الذنب، ويزيد من اضطراباتهم النفسية وزيادة عزلتهم.

برنامج تدريب الوالدين:

يجب أن يحتوي البرنامج التدريبي على ما يلي:

١ ـ أن تحدد الأهداف الأسبوعية ـ بحيث أن تكون قابلة للتنفيذ بسهولة.

٢ ـ أن توضح للوالدين ماذا يفعلان ـ على أن يكون ذلك عملياً وليس لفظياً (يقومان بنشاطات تعليمية وإجراءات سلوكية).

٣ ـ أن نعزز الوالدين، فإن ذلك يدعم الاستجابات الصحيحة ويدعم الأفعال الصحيحة للوالدين.

٤ ـ أن ندع للوالدين مجالاً للاشتراك في التخطيط، لأن ذلك يزيد من دافعيتهما في التنفيذ.

طرق تدريب الوالدين:

من الطرق الهامة ما يلي:

١ ـ **الملاحظة**: حيث يطلب من الوالدين القيام بملاحظة سلوك أبنائهم في الصف، ومدى استجابتهم للعلاج.

فهذا يساعد الوالدين على فهم مشكلة ابنهم على طبيعتها، فيتجنبون التمييز الشخصي واتهام المعلمين بالإهمال والتجني.

٢ ـ **لعب الأدوار**: وخاصة إذا كانت هناك مهارات جديدة ينبغي أن يتعلمها الأطفال، فيتعلم الوالدان تلك المهارات بأنفسهم، وذلك بعد اختيار المهارات المناسبة للموقف.

وبعد التدريب: يجب أن يطلب المعلم من الوالدين تقديم أي اقتراحات أو آراء تفيد الموقف.

٣ ـ **الممارسة السلوكية**: يقوم الوالدان أو الأب تطبيق الأساليب السلوكية التي سيتم استخدامها تحت إشراف المعلم، وذلك قبل استخدامها مع الأطفال المعاقين.

الفصل الثالث

اضطرابات الكلام واللغة

Speech Disorders

المبحث الأول

تعريف

اضطرابات الكلام: ويسمى تأخر التكلم.

ويعتبر الكلام مضطرباً إذا انحرف عن كلام الناس الآخرين إلى درجة ملفتة للانتباه، أو أصبح الاضطراب معيقاً للاتصال مع الآخرين أو نتج عنه إزعاج للآخرين أو المصغين[١].

ويبدأ ظهور الكلام المفهوم عند نهاية السنة الأولى من العمر تقريباً، ويظهر التقدم السريع في النطق ويتطور خلال سني ما قبل المدرسة، وقد تنشأ بعض صعوبات النطق نتيجة عوامل عضوية مثل التكوين المختل للفم، ولأي عضو من أعضاء جهاز النطق.

وتنشأ الصعوبات الاتصالية كالتأتأة واللجلجة نتيجة اضطرابات الأجهزة الصوتية.

---

(١) الخطيب، ١٩٩٣، ص ٢٣.

المبحث الثاني

أنواع اضطرابات الكلام وخصائصها المميزة

ويقسم بعض الدارسين اضطرابات الكلام إلى أربعة أقسام:

هي:

١ ـ عيوب تعبيرية وتعرف بالأفازيا (Aphasia).

٢ ـ العيوب النطقية.

٣ ـ العيوب الصوتية.

٤ ـ العيوب الإيقاعية.

الشـــرح:

١ ـ **العيوب التعبيرية**: ويختص هذا الأمر، بعيادة الطب النفسي، ولدور الرعاية الاجتماعية الخاصة بهذا الموضوع دَوْر هام.

ومعنى **العيوب التعبيرية**: فقدان القدرة على فهم الكلمات المنطوقة، بمعنى أنه يتعذر عليه القدرة على القراءة الصحيحة، ويطلق عليها (العمى اللفظي) -Aphasia)، ويعد ذلك من اضطرابات اللغة Language Disorders ويظهر هؤلاء الأطفال صعوبة في اختيار واسترجاع الكلمات ويظهرون عجزاً في بناء الجمل وتركيبها (سرطاوي ١٩٨٨).

٢ ـ **العيوب النطقية**: ويقصد بذلك إبدال بعض الأحرف بأحرف أخرى، مثل: قلب الكاف تاء، والسين ثاء، والراء لام، وهذا يرجع إلى وجود فجوة في سقف الحلق، أو انشقاق الشفة العليا أو تشويه الأسنان، وربما تكون بالوراثة أو بتقليد الأهل.

ويشمل اضطرابات اللغة أيضاً

الحذف والإضافة والتشويه. وتسمى أخطاء النطق أيضاً. ويقصد بالاستبدال: استبدال صوت بآخر، ويقصد بالحذف: حذف أحد الأصوات، ويقصد بالتشويه: تشويه صوت ما.

ويقصد بالصوت هنا: صوت الحرف.

ملاحظة: (وسيتم شرح هذه المظاهر لاحقاً).

٣ ـ العيوب الصوتية: وتتمثل في رقة الصوت، أو خشونته، بارتفاع وانخفاض واحتباسه أحياناً. أي يرتبط ذلك بمقامات الصوت أو نوعه أو جهارته.

ويكون ذلك ناتجاً عن طبيعة تركيب جهازي التنفس والنطق، وتكثر هذه الحالات عند الخوف والخجل وتلك مسائل بيولوجية لا يتمكن صاحبها من التحكم بالهواء الخارج من الرئتين، ويتمثل (بالخنخنة)، يتكلم الطفل وكأنه مصاب بالزكام وتظهر عند المصابين بالزوائد اللحمية، وتظهر آثار مثل هذه الاضطرابات اللغوية في الاتصال الاجتماعي مع الآخرين.

٤ ـ **العيوب الإيقاعية**: وتسمى اضطرابات السلاسة وتشمل كلاً من التلعثم أو التأتأة Stuttering والتحدث بطريقة سريعة وغير واضحة ـ (اللجلجة) Cluttering.

ويقصد بذلك تلك الاضطرابات اللغوية المتعلقة بالكلام، وما يرتبط بذلك من مظاهر ترتبط بطريقة تنظيم الكلام ومدته وسرعته وطلاقته، وتشمل المظاهر التالية:

أ ـ التأتأة.

ب ـ اللجلجة (السرعة الزائدة).

جـ ـ ظاهرة الوقوف أثناء الكلام، وفي ظاهرة الوقوف أثناء الكلام يقف المتحدث عن الكلام بعد كلمة. أو جملة ما لفترة غير عادية، مما يشعر السامع بأنه انتهى من كلامه، مع أنه ليس كذلك.

و (وسيأتي الشرح لاحقاً).

المبحث الثالث والرابع
مظاهر وأشكال اضطرابات الكلام والنطق ونماذج منها

شرح مظاهر اضطرابات اللغة (العيوب النطقية):

كما يظهرها هلهان (Halhan 1981) وليرنر (Learner 1976) وهيوارد (Heward 1980) وكيرك (Kirk 1972) وهي:

١ ـ الحذف: Omission.

أي حذف الطفل حرفاً أو أكثر من الكلمة، خوف بدلاً من خروف، وتعتبر مقبولة حتى سن دخول المدرسة، وبعدها تعتبر مظهراً من مظاهر الاضطرابات اللغوية.

٢ ـ الإبدال: Suttstitution.

وهو أن يبدل الطفل حرفاً بآخر، مثل (ستينة بدلاً من سكينة) (وحشن بدلاً من شحن) ويعتبر ذلك مقبولاً حتى سن دخول المدرسة وما بعد فلا.

٣ ـ الإضافة: Additions.

وهو أن يضيف الفرد حرفاً جديداً إلى الكلمة مثال: (لعبات بدلاً من لعبة)، ويعتبر الأمر طبيعياً حتى سن دخول المدرسة.

٤ ـ التشويه: Distortion.

شرح العيوب الإيقاعية:

التلعثم أو التأتأة:

التلعثم هو: أن يكرر الطفل الحرف الأول من الكلمة عدداً من المرات أو تكرار مقاطع من الكلمة أو يتردد في نطقه عدداً من المرات، وينحصر في انسداد النطق أي

خاص بالاضطراب في إيقاعات النطق.

ومن أسباب التلعثم ما يلي:

١ ـ أسباب بيولوجية (عضوية).

٢ ـ أسباب نفسية:

الأسباب البيولوجية: منها:

١ ـ نقص التنفس كما في حالات الربو.

٢ ـ عدم ضبط مخارج الحروف وتنسيقها.

٣ ـ عامل الوراثة (أسباب وراثية).

٤ ـ إصابة الأعصاب، وهي التي تحمل تيارات من المخ إلى عضلات الجهاز الكلامي، وأهمها العصب الوجهي الذي يحدد حركة الشفاه، والعصب الذي يصل سقف الحلق الرخو بالحنجرة والعصب المتصل باللسان.

٥ ـ عسر الولادة.

الأسباب النفسية: ومنها:

١ ـ قلق الوالدين على نطق الطفل، قد يؤدي إلى الاهتمام الزائد بنطق الطفل، ويؤدي ذلك إلى قلق في علاقة الطفل بوالديه.

٢ ـ التدخل الشديد من الوالدين في حاجات الطفل يؤثر على شكل النطق.

٣ ـ مشكلات الرضاعة. تبين بعض الدراسات أن ٨٠٪ ممن يعانون من التأتأة لهم تاريخ مليء بالمصاعب في الرضاعة (أي اضطرابات في المرحلة الفمية).

٤ ـ الاستجابة لصدمة انفعالية في أي مرحلة من مراحل تطور النطق.

مثل الخوف من المواقف الجديدة والخوف منها لأول مرة.

والوقوف أمام من هم أكبر منه سناً وأعظم شأناً، وفي هذه الحالة تتقلص أعصاب الحنجرة فلا يقوى المتلعثم على الكلام، وتزول الحالة بزوال الأسباب المؤدية إلى الخوف).

٥ ـ نقص المحصول اللغوي عند الطفل.

٦ ـ تدفق الأفكار بسرعة هائلة، لا تستطيع الأجهزة الصوتية استيعابها بسهولة فيحدث التلعثم، وصعوبة النطق (ضعف التوافق بين سهولة التعبير وسرعة التفكير).

٧ ـ المفاجأة ومحاولة الكلام المرتجل (توتر عصبي).

مظاهر التلعثم: Stuttering on Stammeving

١ ـ احمرار الوجه والأذنان.

٢ ـ ارتجاف اليدان.

٣ ـ جفاف الحلق.

٤ ـ ازدياد ضربات القلب.

٥ ـ تصبب العرق.

فإن النقد الشديد لهذا العيب يزيد المشكلة تعقيداً حيث يبث لدى الأطفال عدم الثقة في النفس وضعف قدرتهم على التغلب على تلك المشكلة، وكذلك الحنان الزائد والعطف الكبير، يحدث نتائج عكسية، يزيد الأمر تعقيداً.

العــلاج:

من طرق العلاج ما يلي:

١ ـ ألا نتكلم أمام الطفل عن اليأس في علاجه.

٢ ـ أو نظهر الشفقة والعطف عليه، فهذا يثير غيظه.

٣ ـ أن نعطي الطفل الفرصة للكلام، وشرح ما يجول في خاطره أمام مشهد معين. أي أن يعبر عن أفكاره بهدوء أو نطلب منه أن يسرد لنا قصة أو حادثة جرت له، أو سرد قصة سمعها أو قرأها، مع الإصغاء له جيداً وتشجيعه على الكلام، وعدم السخرية منه، ومنحه الثقة بالنفس.

٤ ـ أن يقف الطفل المصاب أمام مرآة ويدرب لسانه على الكلام، وأن يكرر الحرف الذي تخطىء فيه، ويبدأ بالحرف ثم الكلمة ثم المقطع فالجملة.

تابع شرح العيوب الإيقاعية:

اللجلجة: Cluttring:

تطلق أحياناً اللجلجة على التلعثم أو احتباس الكلام ويطلق عليها التأتأة أو التهتهة أحياناً أخرى وهي من ضمن اضطرابات الكلام.

وفي هذه الحالة يزيد المتحدث من سرعته في نطق الكلمات، ويصاحب ذلك مظاهر جسمية وانفعالية غير عادية[1].

وتتمثل في سرعة الكلام وعدم القدرة على ضبط سرعته وتدفقه وعدم فهمه وتنفجر الكلمات بين شفتيه مضطربة بعد شدة معاناة، ويتميز صاحبها بالتشنجات[2] وتقلص العضلات في الوجه والأطراف ولا تخرج الكلمات إلاَّ بعد مخاضٍ عسير.

الأسباب:

يرجع ذلك إلى أسباب منها ما هو نفسي ومنها ما هو عضوي.

الأسباب النفسية: وهي:

١ ـ القلق والخوف وعدم الشعور بالطمأنينة.

٢ ـ ولادة مولود جديد للأسرة.

٣ ـ الإخفاق المدرسي.

٤ ـ المعاملة القاسية للطفل.

٥ ـ التقليد الذي سرعان ما يتحول إلى عادة.

٦ ـ إكراه الطفل الأعسر على استعمال يده اليمنى في الكتابة.

٧ ـ الاستجابة لصدمة انفعالية في أي مرحلة من مراحل تطور النطق.

٢ ـ الأسباب العضوية (الجسمية): ومنها:

١ ـ الوراثة.

٢ ـ إصابة المخ، ومنطقة الكلام بالتحديد (أي غياب سيطرة القشرة اللحائية).

---

(١) الروسان ـ ١٩٨٩.

(٢) شحيمي، ص ٥٦.

العــلاج :

من طرق العلاج ما يلي :

١ ـ تستعمل قطعة من الورق المقوى، وتغطي صحيفة الكتاب فيما عدا فتحة صغيرة تسمح برؤية كلمة واحدة من الصحيفة المقروءة، وينقل القارىء الورقة من كلمة إلى الكلمة التي تليها على أن يقرأ كل كلمة بصوت مرتفع .

هذه الطريقة تنظم عملية القراءة بشكل لا يسمح له بالسرعة .

لا بد من إيجاد مدارس أو مراكز لتعليم الكلام وإنشاء فصول خاصة داخل المدارس لتعليم المعاقين كلامياً، بجانب اختلاطهم بالتلاميذ العاديين وتعلمهم منهم .

دور الأسرة في تعلم اللغة :

مقدمـة :

يُسر الأهل دوماً وهم يستمعون إلى أولى كلمات طفلهم ولو كانت محرفة أو مجزأة، وقد يشعرون بكثير من القلق عند تأخر النطق عند هؤلاء الأطفال .

وصعوبة النطق : هي نوع من الاختلال في التوافق الحركي بين أعضاء النطق المختلفة . من مراكز الكلام في المخ إلى المنظومة الصوتية المتمثلة في الرئتين والحنجرة والفم واللسان .

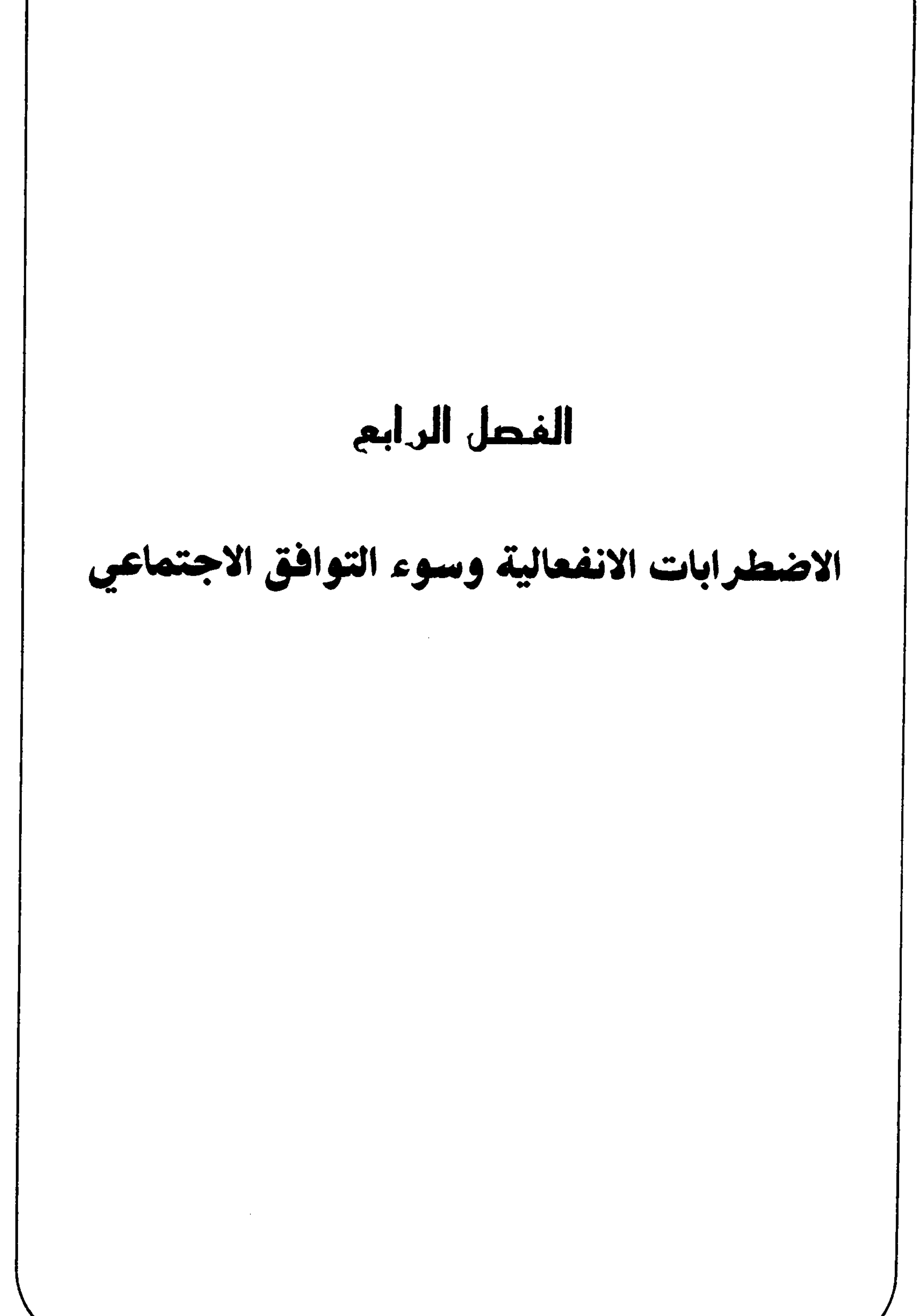
لذا يجب على الأهل إذا ما تأخر النطق أو ظهر عيب في النطق عند أطفالهم، أن يلجأوا إلى الأخصائيين لإجراء الفحوصات اللازمة، وخاصة لحاسة السمع لأن السمع مرتبط بالنطق ارتباطاً وثيقاً، لأن الذي لا يسمع لا ينطق جيداً، وقد يكون السبب ليس في حاسة السمع بل يكون السبب عقداً نفسية مكبوتة، لذا يجب اللجوء إلى العلاج السيكولوجي .

لذا يجب :

١ ـ لا بد من احترام الطفل وتقديره عندما يتكلم، لأن تجاهل الطفل وعدم الاستماع إلى كلامه، يحبطه فيفقده الرغبة في الكلام والتعبير عن رغباته .

٢ ـ عدم استعمال الكلمات المغلوطة أمام الأطفال لأن التصحيح بعد ذلك سيكون صعباً ومكلفاً.

٣ ـ لا بد من فهم عدة أشياء خاصة بعيوب أجهزة الطفل الخاصة بالكلام، مثل تشوه الأسنان، ووجود الزوائد الأنفية وانشقاق الشفة العليا والحلق.



الفصل الرابع

الاضطرابات الانفعالية وسوء التوافق الاجتماعي

المبحث الأول

الاضطرابات الانفعالية وسوء التوافق الاجتماعي

مقدمـــة

إن المؤثرات الأسرية والاجتماعية تلعب دوراً كبيراً في المشكلات السلوكية، وتزداد وضوحاً بصفة مستمرة.

لذا من المفروض أن يبرز الدور التربوي للآباء والمعلمين، وكذلك الدور العلاجي ليحقق الطفل أكبر قدر من التوافق الاجتماعي، ويخف لديها لاضطراب الانفعالي إن وجد.

لذلك أعد الأخصائيون والأطباء النفسيون برامج خاصة وخدمات لهؤلاء الأطفال.

تعريف اضطراب السلوك:

يعرف الاضطراب: بأنه النمط الثابت والمتكرر من السلوك العدواني أو غير العدواني الذي تنتهك فيه حقوق الآخرين أو قيم المجتمع[١].

ويعتبر السلوك مضطرباً عندما يختلف تصرف الطفل عن توقعات المحيطين به، وتختلف تلك التوقعات باختلاف ثقافة الجماعة أو الحضارة.

تعريف آخر:

الطفل غير العادي: هو الذي ينحرف عن الطفل العادي أو الطفل المتوسط في

---

(١) د. جمعة سيد يوسف ـ الاضطرابات السلوكية ص ٢ ١٤١٤/ ١٤١٥ هـ مذكرات طالب.

الخصائص العقلية والعضلية والجسمية والقدرات الحسية والعصبية، والسلوك الاجتماعي والانفعالي.

وقد قيل في تعريف الطفل غير العادي: على أنه الطفل الذي ينحرف عن معيار المجموعة التي ينتمي إليها.

ويمكن تقسيم الأشكال المختلفة من الانحراف في الأداء الوظيفي على النحو الآتي:

١ ـ اضطرابات وقصور في مجال التواصل وتضم:

أ ـ الأطفال الذين يعانون من إعاقات في النطق.

ب ـ الأطفال ممن لديهم قصور في التعلم.

٢ ـ انحرافات في القدرات العقلية: وتشمل:

أ ـ الأطفال الموهوبين، وهذه الفئة لا تدخل ضمن تصنيف الاضطرابات.

ب ـ الأطفال المتأخرين عقلياً.

٣ ـ الانحرافات أو القصور في القدرات الحسِّية وتتضمن:

أ ـ الأطفال الذين لديهم إعاقات سمعية.

ب ـ الأطفال الذين لديهم إعاقات بصرية.

جـ ـ اضطرابات السلوك الانفعالي والاجتماعي ويقصر العلماء النفسيين الاضطرابات السلوكية على هذه الفئة.

وهناك تعريفات عدة للاضطرابات السلوكية منها:

١ ـ تعريف ذو المنحنى النفسي ـ اجتماعي.

ومنها تعريف جروندرد (Crroundard) وهو: الاضطرابات السلوكية: هي مجموعة من أشكال السلوك المنحرف والمتطرف بشكل ملحوظ، ويتكرر باستمرار، ويتمثل في العدوان والاكتئاب والانسحاب.

٢ ـ تعريف ذو المنحنى الاجتماعي:

ومنها تعريف روس (Ross) وهو: الاضطراب السلوكي. هو اضطراب نفسي يتضح عندما يسلك الفرد سلوكاً منحرفاً بصورة واضحة عن السلوك المتعارف عليه في

المجتمع، بحيث يتكرر هذا السلوك باستمرار ويمكن ملاحظته والحكم عليه.

٣ ـ تعريف ذو المنحنى التربوي:

ومنها تعريف هويت (Heweet) وفورس (Forsess).

وهو: الطفل المضطرب سلوكياً هو طفل غير منتبه في الفصل، ومنسحب، وغير منسجم، وغير مطيع لدرجة أنه يفشل في تحقيق توقعات المدرس.

وهذا التعريف يركز على الأداء المدرسي.

٤ ـ التعريف ذو المنحنى القانوني:

وهذا التعريف يستخدم مصطلح جنوح الأحداث للدلالة على الاضطرابات السيكولوجية، ويضع شروطاً لاعتبار السلوك سلوكاً مضطرباً.

وهي خطورة المخالفة، يشكل السلوك المخالف، تكرار هذا السلوك، تاريخ الشخص الماضي.

تصنيف الاضطرابات السلوكية:

ومنها:

١ ـ تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي.

٢ ـ تصنيف جماعة تطوير الطب النفسي.

٣ ـ التصنيف الإكلينيكي.

٤ ـ التصنيف حسب شدة الاضطراب.

٥ ـ التصنيف النفسي التربوي.

٦ ـ التصنيف القائم على السلوكيات التي تسبب مشكلات مدرسية.

(الشــرح):

١ ـ تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي ١٩٦٨ ـ ١٩٨٠ م وقد ركز التصنيف على الاضطرابات السلوكية التي تحدث في مرحلة الشباب، ولم يركز على مرحلة الطفولة، لذلك لم يحظ باهتمام العاملين في مجال الصحة النفسية.

وجاء التصنيف الجديد ليؤكد الاضطرابات السلوكية في مرحلة الطفولة

المبكرة، والطفولة المتأخرة، وكلا التصنيفين وضعا التخلف العقلي ضمن الاضطرابات السلوكية.

وكل هذه التصنيفات تعرضت لانتقادات شديدة باعتبارها أساليب غير ملائمة.

ويقصر العلماء النفسيين الاضطرابات السلوكية على السلوك الانفعالي والاجتماعي.

المبحث الثاني
النظم الاجتماعية التربوية

تعريف النظام الاجتماعي: Social institution

١ ـ هي نماذج تصرُّف جمعية مقننة يعترف بها المجتمع ويوافق عليها.

وهي الوظائف التي تؤديها النظم الاجتماعية وتتجه إلى إرضاء عدد من الدوافع الإنسانية (جسمية ونفسية).

نفسية: كالأمن والاستجابة والتجربة والخبرات المتعددة الجديدة.

جسمية: كالتي تدفعنا إلى الطعام والمأوى والجنس... الخ[١].

٢ ـ تعريف آخر: هو طريقة مقننة للسلوك الاجتماعي ـ تعريف نادل Nadel وأضيف إلى التعريف عبارة (التي تدور حول قيمة معينة أو حول مجموعة من القيم)[٢].

خصائص النظم الاجتماعية: منها ما يلي:

١ ـ يتميز النظام بأنه يقوم بوظيفة كوحدة في النسق الحضاري ككل (تنظيم لنماذج من السلوك والتصرف والتفكير).

٢ ـ يتميز بدرجة نسبية من الاستمرار والدوام.

٣ ـ يتميز بأن له هدفاً أو عدداً من الأهداف الواضحة كثيراً ما تتعارض بمرور الزمن مع الوظيفة التي يؤديها النظام.

---

(١) د. عبدالله الرشدان، علم الاجتماع التربوي ـ دار عمار للنشر والتوزيع ١٤٠٤ ـ ١٩٨٤، ص ١١١.

(٢) رويتر Reuter ومالينوفسكي.

٤ ـ تتميز النظم الاجتماعية بمحورها نتيجة لما تتميز به من استمرار ودوام لفترة طويلة من الزمن، حتى أنها كاد تتحول إلى ما يشبه الطقوس[١].

الأسرة كنظام اجتماعي:

تعتبر الأسرة من أهم الجماعات الإنسانية وأكثرها تأثيراً في حياة الأفراد والجماعات. وهي التي تقوم بالدور الرئيسي في بناء صرح المجتمع، وتدعم وحدته، وتنظم سلوك أفراده وفقاً للنظم الحضارية العامة.

أشكال الأسرة:

١ ـ أسرة نووية (الأسرة الزواجية) أو الصغيرة (زوج وزوجة وأولاد مباشرين).

٢ ـ من حيث الانتساب الشخصي:

أ ـ أسرة التوجيه.

ب ـ أسرة التناسل.

٣ ـ من حيث محور القرابة:

أ ـ أسرة الأب (تسلسل قرابي أبوي) أسرة الأم تكون غريبة.

ب ـ أسرة الأم (النظام الأمومي) وهناك تقسيمات أخرى.

وظائف المدرسة بإزاء سائر المؤسسات التعليمية:

١ ـ المدرسة أداة استكمال بمعنى أنها تقوم باستكمال ما بدأ من المؤسسات الأخرى من الأعمال التربوية وعلى رأسها البيت، والمدرسة حريصة على استكمال دورها مع البيت بإنشاء مجالس الآباء والمعلمين، ومجالس الأمهات والمعلمات في المدارس الحديثة.

٢ ـ المدرسة أداة تصحيح: تقوم المدرسة بتصحيح الأخطاء التربوية التي قد ترتكبها النظم الأخرى في المجتمع.

٣ ـ المدرسة أداة التنسيق: إذْ تقوم بتنسيق الجهود التي تبذلها سائر النظم

---

(١) عبد الله الرشدان ـ مرجع سابق ص ١١٨.

الاجتماعية في سبيل تربية الطفل.

التربية والتطبيع الاجتماعي:

معنى التطبيع الاجتماعي: تسمى التغيرات التي تحدث للطفل منذ أن يولد حتى يتخذ له مكاناً متميزاً بين الكبار، هي أساسها عملية التطبيع الاجتماعي[1].

ويتم التوصل إلى هذه المرحلة عن طريق التفاعل الاجتماعي، وعملية الأخذ والعطاء، بحيث يصبح الفرد في نهايتها إنساناً منتجاً.

خصائص التطبيع الاجتماعي:

أ ـ إنها عملية تعلم اجتماعي.

٢ ـ إنها عملية نمو يتحول خلالها الفرد من طفل يعتمد على غيره إلى فرد ناضج يدرك معنى المسؤولية الاجتماعية.

٣ ـ إنها عملية فردية وسيكولوجية، بالإضافة إلى كونها عملية اجتماعية في نفس الوقت.

٤ ـ إنها عملية مستمرة لا تقتصر فقط على الطفولة إلى المراهقة والرشد إلى الشيخوخة والممات.

٥ ـ إنها عملية دينامية تتضمن التفاعل والتغير (الفرد فيها يأخذ ويعطي).

٦ ـ إنها عملية معقدة ولا تستهدف مهام كبيرة.

---

(١) محمد لبيب النجيحي ـ الأسس الاجتماعية للتربية ـ مكتبة الأنجلو المصرية القاهرة ١٩٧٦ م ومنير المرسي سرحان، اجتماعيات التربية دار النهضة العربية ١٩٨١ م ص ١١٢.

المبحث الثالث

خصائص النمو الانفعالي والاجتماعي:

إن للانفعالات الشديدة أثر سيىء على صحة الفرد من الناحية الجسمية والنفسية وخاصة على عمليات الهضم والنوم والتفكير، والانتباه، وكذلك على التوافق الاجتماعي.

المشكلات السلوكية للأطفال غير العاديين: (المضطربين انفعالياً)
مظاهرها:

١ ـ العناد المستمر.
٢ ـ عدم الطاعة.
٣ ـ المشاجرة مع الآخرين.
٤ ـ إيذاء الآخرين.
٥ ـ المزاج الحاد.
٦ ـ صعوبة تحمل المسؤولية والتهرب منها.
٧ ـ الغيرة المبالغ فيها.
٨ ـ سرعة الغضب.
٩ ـ الميل إلى القيادة.
١٠ ـ جذب انتباه الآخرين.
١١ ـ سرعة الانسحاب من المواقف والانطواء المبالغ فيه.
١٢ ـ النشاط الزائد.
١٣ ـ الخجل الشديد.
١٤ ـ الحساسية الزائدة.

١٥ ـ سرعة التشتت في الانتباه.

١٦ ـ الأنانية المفرطة.

١٧ ـ القلق الزائد.

١٨ ـ الحزن والكآبة.

١٩ ـ زيادة أحلام اليقظة.

٢٠ ـ الكسل الزائد.

٢١ ـ الجنوح (حالات الجنوح: كالسرقة، والعدوان اللفظي والمادي، والقتل.. الخ).

الخصائص السلوكية للمعاقين انفعالياً:

أولاً: الخصائص الاجتماعية:

١ ـ **السلوك العدواني**: من مظاهره: العدوان اللفظي، العدوان المادي، الصراخ في وجه الآخرين، مخالفة الآخرين، شد شعر الآخرين، معاكسة الآخرين، سلوك العناد، والنشاط الزائد، إيذاء الذات وإثارتها.

٢ ـ **السلوك الانسحابي**: وهو ينم عن فشل الفرد المضطرب انفعالياً في التكيف مع المتطلبات الاجتماعية ومن مظاهره: الانطواء على الذات، أحلام اليقظة، القلق الزائدة، ادعاء المرض، المخاوف المرضية الانفصام الطفولي.

٣ ـ **السلوك الفج**: ويقصد به السلوك غير الناضج انفعالياً.

ومن مظاهره: المبالغة في التعبير الانفعالي، إظهار التعبير الانفعالي المغاير لطبيعة الموقف الانفعالي كالضحك واللامبالاة في المواقف المحزنة أو العكس.

النكوص، وهي مثال جيد للسلوك غير الناضج، مثل البكاء والاعتماد على الآخرين، والتخلي عن المسؤولية[١].

المقاييس التي تكشف عن الاضطرابات الانفعالية:

١ ـ مقياس بيركس لتقدير السلوك ١٩٨٠ م وهو من أبرز المقاييس للمضطربين انفعالياً.

٢ ـ مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي.

٣ ـ مقياس الشخصية لإيزنك أُعِد في جامعة لندن.

٤ ـ المقاييس الإسقاطية مثل:

مقياس بقع الحبر لروشاخ.

ومقياس رسم الرجل لجود إنف.

ومقياس تفهم الموضوع للكبار.

ومقياس تفهم الموضوع للأطفال.

ثانياً: الخصائص العقلية والأكاديمية:

١ ـ مقدرات المضطربين انفعالياً تقع في حدود متوسطي الأداء العقلي على مقاييس الذكاء أي تقع متوسط الأداء بحدود ٩٠ ـ ١٠٠.

٢ ـ تحصيل المضطربين انفعالياً من دراسات هلهان (١٩٧٧) وهيوارد (١٩٨٠) تشير إلى تدني أداء الأفراد المضطربين انفعالياً من الناحية التحصيلية من الدراسات التي أجراها جلاني وزميله ١٩٧١ على ١٣٠ طفلاً من الأطفال المضطربين انفعالياً إشارة إلى ١٨٪ من تلك المجموعة تواجه مشكلات تحصيلية في القراءة، وأن ٧٢٪ منهم تواجه مشكلات تحصيلية في الرياضيات.

وهناك مشكلات أخرى أضافها هلهان بأنهم يواجهون مشكلات القيام بمهارات الحياة اليومية الأساسية كالنظافة، وارتداء الملابس والاستحمام.

٣ ـ تدني الأداء التحصيلي للمضطربين انفعالياً تعود إلى عوامل متعددة: منها: تدني القدرة العقلية لبعضهم، والمقاسة باختبارات الذكاء والسبب هو تأثير الاضطراب الانفعالي على انتباه وتركيز هؤلاء الأطفال.

كالطفل يقضي معظم وقته وتفكيره في أشكال السلوك العدواني أو الانسحابي، ويصعب عليه التركيز في المواد الدراسية كذلك ارتباط بغير مظاهر الاضطراب بحالات أخرى من الإعاقة مثل: صعوبات التعلم والذي يعتبر فيها النشاط الزائد للقول سبباً في تشتت الانتباه.

مقياس بيركس لتقيد السلوك:

يتألف هذا المقياس من ١١٠ فقرة موزعة الانفعالية. على ١٩ مقياساً فرعياً وهو

من المقاييس البارزة للاضطرابات وهي: الإفراط في لوم الذات ـ الإفراط في القلق ـ الانسحابية الزائدة ـ الاعتمادية الزائدة ـ ضعف قوة الأنا ـ ضعف القوة الجسدية ـ ضعف التآزر الحركي ـ انخفاض القدرة العقلية ـ الضعف الأكاديمي ـ ضعف الانتباه ـ ضعف القدرة على ضبط النشاط ـ ضعف الاتصال بالواقع ـ ضعف الشعور بالهوية ـ الإفراط في المعاناة الضعف في ضبط مشاعر الغضب ـ المبالغة بالشعور بالظلم ـ العدوانية الزائدة ـ العناد والمقاومة ـ ضعف الانصياع الاجتماعي.

وقد تحققت للمقياس في صورته الأصلية دلالات صدق وثبات مقبولة، وقد جرى تطوير هذا المقياس في البيئة البحرينية (القريوني وجرار ١٩٨٧).

وقد تحققت للمقياس ثلاثة أنواع من الصدق هي:

الصدق الظاهري، والتمييزي، وصدق المحك.

وفيما يلي بعض فقرات المقياس:

رقم الفقرة	اسم الفقرة
١	يبدو مشتتاً وغير مستقر، فسرعان ما ينتقل من موضوع إلى آخر.
٧	غير مثابر وسريعاً ما يشتت انتباهه.
١٩	يشكو من أن الآخرين الذين لا يحبونه.
٣١	حركته زائدة.
٣٦	يظهر على وجهه حركات لا إرادية دون سبب ظاهر.
٥٣	يتغيب عن المدرسة دون عذر مقبول.
٦٠	يرفض اتباع التعليمات والقواعد ويتمرد لدى محاولة ضبطه.
٨٨	يشعر بالرضى تجاه أدائه الضعيف
١٠٠	يغيظ ويضايق الآخرين.
١١٠	يحاول جلب انتباه زملائه عن طريق التهريج.

مقياس السلوك التكيفي: والتابع للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي:

ويعتبر من المقاييس المعروفة في قياس السلوك التكيفي لدى الأطفال المعاقين عقلياً أو المضطربين انفعالياً أو ذوي الاضطرابات في النمو ويهدف هذا المقياس للتعرف على جوانب السلوك التكيفي وغير التكيفي لدى الأطفال المعاقين عقلياً والمضطربين انفعالياً.

ويتكون هذا المقياس من قسمين رئيسيين هما.

القسم الأول: ويتعلق بالسلوك التكيفي والذي أعطى في تسعة أبعاد رئيسية تضمنت ٥٦ فقرة.

أما القسم الثاني: فيتعلق بالسلوك غير التكيفي والذي أعطى في أربعة عشر بعداً، تضمنت ٤٤ فقرة وقد جرى تطور هذا المقياس في عدد من الدول مثل الولايات المتحدة الأمريكية واليابان والهند وبلجيكا ومصر والأردن والبحرين. في الأردن، تم تطوير المقياس (الروسان، ١٩٨١) وتقنينه (جرار ١٩٨٣).

الملحق (١):

مقياس السلوك التكيفي[1]

(طوره في الأردن: عبد الله زيد الكيلاني، ومحمد وليد موسى البطش).

نموذج تسجيل الإجابات

الاسم: ؟ تاريخ الاختبار: ٢/٢/١٤٢٠ هـ

شهر سنة

العمر: ١٠ ٧ اسم الفاحص:

الجنس: ذكر

الصفحة النفسية:

	السلوك الاجتماعي	العناية بالذات	الاتصال	المعلومات الأساسية	استعمال الجسم	التكيف الاجتماعي والشخصي	المجموع
الدرجة	٢٠	١٤	٢٣	٢٨	٢١	٢٧	١٣٣

ملاحظات الفاحص ـ من حيث ـ:

١ ـ تعاون الأهل في تقديم المعلومات: نعم

٢ ـ تعاون المفحوص وتجاوبه: نعم

التقويم:

(١) مستوى الأداء مقارنة مع معياره العادي:

(٢) جوانب القوة وجوانب الضعف في الأداء.

(٣) تقدير القابلية للتدريب والتأهيل، التدريب ممكن ويمكن التحسن المستمر.

---

(١) د. عبد الله زيد الكيلاني محمد وليد موسى البطش.

(١) السلوك الاجتماعي

(أ) التحكم بالذات والشخصية	التقدير	(ب) المشاركة والآداب الاجتماعية	التقدير
١ ـ الاستقرار	١	١ ـ المواصلات	١
٢ ـ الاستجابة للسلطة والنظام (الامتثال)	١	٢ ـ التصرف في الأماكن العامة	١
٣ ـ الشعور بالأمن	١	٣ ـ المشاركة في النشاط الاجتماعي	٢
٤ ـ التصرف في الجماعة	١	٤ ـ الرحلات	١
٥ ـ المحافظة على الممتلكات	١	٥ ـ نمط الجلوس	٢
٦ ـ الأمانة	٢	٦ ـ تحية الأصدقاء والرفاق	١
٧ ـ الثقة	١	٧ ـ مجاملة الزوار	١
٨ ـ التقبل من الرفاق	٢	٨ ـ تقبل القرارات الجماعية	١
المجموع	١٠	المجموع	١٠

(٢) العناية بالذات

(أ) الوظائف الاستقلالية المتعلقة بالطعام واللباس	التقدير	(ب)الوظائف الاستقلالية المتعلقة بالسلامة العامة والنظافة	التقدير
١ ـ استخدام أدوات المطبخ	١	١ ـ استعمال المرحاض	١
٢ ـ تناول السوائل	٢	٢ ـ العناية بنظافة الجسم	١
٣ ـ الوجبات الرئيسية	١	٣ ـ العناية بالشعر والأظافر	٠
٤ ـ عادات النظافة في تناول الطعام	١	٤ ـ الترتيب والهندام	١
٥ ـ خلع المعطف والألبسة المماثلة	١	٥ ـ الممرات والأدراج	١
٦ ـ الأزرار والسحاب	١	٦ ـ الوعي للأخطار والدفاع عن النفس	١
٧ ـ ارتداء أنواع الأحذية	١	٧ ـ قطع الشارع	١
٨ ـ ربط الحذاء	١	٨ ـ الحماية من المخاطر	٠
المجموع	٨	المجموع	٦

(٣) الاتصال

(أ) المهارات السمعية والبصرية غير اللفظية	التقديرات	(ب) المهارات اللغوية	التقديرات
١ ـ التعبير بالإشارة	٤	١ ـ وضوح الكلام	٢
٢ ـ التعرف على أصوات في البيئة	٢	٢ ـ التراكيب اللغوية القصيرة	٢
٣ ـ التعرف على الصور والأشياء المرئية	١	٣ ـ ضبط مخارج الكلام	٢
٤ ـ الاتصال بالعينين	٢	٤ ـ ضبط شدة الصوت ونوعيته	٠
٥ ـ اللعب التمثيلي والتعبيري	١	٥ ـ القراءة واستعمال الكتب	٠
٦ ـ الاستماع والإصغاء	٢	٦ ـ الكتابة	١
٧ ـ الاستجابة للتعليمات اللفظية	٢	٧ ـ المحادثة	١
٨ ـ الاستجابة للدعابة	١	٨ ـ البناء اللغوي	٠
المجموع	١٥	المجموع	٨

(٤) المعرفة الأساسية

(أ) المفاهيم الأساسية	التقديرات	(ب) الوعي والمعلومات العامة	التقديرات
١ ـ الحجوم	٤	١ ـ التعرف على الأصدقاء وأفراد العائلة	٣
٢ ـ الأشكال	٣	٢ ـ الألوان الأساسية	٢
٣ ـ مفهوم العدد	٣	٣ ـ الأيام	٠
٤ ـ التعرف على النقود وصرفها	٠	٤ ـ الأشهر	٠
٥ ـ الطقس	٣	٥ ـ قياس الأطوال	١
٦ ـ الحيوانات	٢	٦ ـ مفهوم الزمن	٢
٧ ـ تعيين أماكن الأشياء	٢	٧ ـ قراءة الساعة	٠
٨ ـ المهن والحرف	٠	٨ ـ الاتجاهات	٣
المجموع	١٧	المجموع	١١

(٥) استعمال الجسم

(أ) المهارات الحس ـ الحركية	التقديرات	(ب) اللياقة البدنية والعادات الصحية	التقديرات
١ ـ تسلق الدرج	٣	١ ـ تنظيف الأنف	١
٢ ـ التوازن	٤	٢ ـ الأظافر	١
٣ ـ استخدام الكرة	١	٣ ـ وضع القامة	٣
٤ ـ الخجل	٠	٤ ـ النظافة والمظهر	١
٥ ـ رسم الخط	٣	٥ ـ الركض	٠
٦ ـ سكب السوائل	٢	٦ ـ ثني الركبة	١
٧ ـ ثني الورق	١	٧ ـ لمس إصبع القدم	٠
٨ ـ رسم الوجه	٠	٨ ـ الارتفاع بالجسم	٠
المجموع	١٤	المجموع	٧

(٦) التكيف الاجتماعي والشخصي

(أ) التكيف الاجتماعي	التقديرات	(ب) التكيف الشخصي	التقديرات
١ ـ اللياقة في التعامل مع الآخرين	١	١ ـ المزاج	٢
٢ ـ السلوك النمطي المتكرر	٣	٢ ـ الصحة النفسية والعقلية	٣
٣ ـ الخجل والانطواء	٢	٣ ـ مدى الحاجة للرعاية والحنان	٠
٤ ـ التقيد بالقيم الأخلاقية	٣	٤ ـ مقاومة الإحباط	٣
٥ ـ الامتثال للجماعة	٢	٥ ـ تقديره لذاته ولقدراته	١
٦ ـ احترام الآخرين	١	٦ ـ ضبط السلوك الجنسي	١
٧ ـ السلوك العدواني اللفظي	١	٧ ـ مستوى النشاط	١
٨ ـ السلوك العدواني الفيزيائي	١	٨ ـ التصرفات المستهجنة	٢
المجموع	١٤	المجموع	١٣

الملحق (٢):

مقياس السلوك التكيفي

المجال الأول: السلوك الاجتماعي:

أ ـ التحكم بالذات والشخصية

١ ـ الاستقرار:

(٠) ينزعج بدون سبب واضح، أو غير واعٍ لما يجري حوله.

(١) ينزعج لأي استفزاز بسيط أو توبيخ بسيط.

(٢) يظهر أحياناً شيئاً من ضبط النفس للاستفزاز البسيط أو التوبيخ البسيط.

(٣) يظهر عادة ضبط النفس حتى لو استفز أو وبخ.

(٤) يحافظ على هدوئه إلا إذا استفز بشكل خطير.

٢ ـ الاستجابة للسلطة والنظام (الامتثال):

(٠) ليس هناك ما يشير إلى أنه يستجيب لأشخاص معروفين.

(١) يطيع الأوامر عندما تصدر بحزم من أشخاص معروفين لهم سلطة.

(٢) يستجيب للكلام من أشخاص معينين.

(٣) يحترم قواعد السلوك والأنظمة في غياب الأشخاص الذين لهم سلطة.

(٤) يحترم السلطة بمعناها المجرد ممثلة بأشخاص آخرين كالمعلم.

٣ ـ الشعور بالأمن:

(٠) يبدو عليه الخوف والشعور بعدم الأمن حتى في المواقف العادية (المألوفة).

(١) يبدو عليه الشعور بالأمن في المواقف المألوفة فقط.

(٢) يبدو عليه الشعور بالأمن في المواقف الجديدة ولكنه يحتاج إلى طمأنة.

(٣) في المواقف الجديدة يبدو عليه الشعور بالأمن تماماً.

(٤) يبدو عليه الشعور بالأمن في مواقف قديمة وجديدة ويطمئن الآخرين.

٤ ـ التصرف في الجماعة:

(٠) في الغالب لا يمكن ضبطه في موقف الجماعة.

(١) سلوكه في الجماعة.

(١) سلوكه في الجماعة مقبول، إذا كان هناك ضبط بحزم.
(٢) يكون سلوكه في الجماعة مقبولاً إذا توفر التوجيه اللفظي والطمأنة.
(٣) يحسن التصرف في موقف جماعي تحت إشراف.
(٤) يحسن التصرف في مواقف العمل واللعب.

٥ ـ المحافظة على ممتلكاته:

(٠) لا يحاول المحافظة على ممتلكاته الخاصة.
(١) يعرف ما له لكنه يلجأ إلى الأشخاص في السلطة (الكبار) لحماية ممتلكاته.
(٢) يحاول أن يحافظ على ممتلكاته.
(٣) يعرف ما له ويحافظ على ممتلكاته بشكل مناسب.
(٤) يعرف ممتلكات الآخرين ويساعد في حمايتها والمحافظة عليها.

٦ ـ الأمانة:

(٠) كثيراً ما يستولي على ممتلكات الآخرين.
(١) يحدث أحياناً أن يستولي على ممتلكات غيره.
(٢) يستعير ممتلكات غيره بدون استئذان لكنه يعيدها.
(٣) لا يأخذ ممتلكات غيره بدون استئذان.
(٤) يشجع الآخرين أن يكونوا أمناء.

٧ ـ الثقة (إلى أية درجة يعتمد عليه ويوثق به):

(٠) لا يمكن الاعتماد عليه حتى في مهمة محددة.
(١) يمكن أن يقوم بمهمات بسيطة تحت إشراف مباشر.
(٢) يمكن أن يقوم بمهمات بسيطة تحت إشراف عام.
(٣) يمكن الاعتماد عليه بأن يؤدي المهمات كما حددت له.
(٤) يمكن الاعتماد عليه بأن يؤدي المهمات دون أن يذكر بما يجب عمله.

٨ ـ التقبل من الرفاق:

(٠) مرفوض من رفاقه أو أنهم يتجنبونه.
(١) يجد تقبلاً عند عدد قليل من الرفاق.

(٢) يجد تقبلاً من مجموعة الرفاق.
(٣) يجد تقبلاً عند الرفاق غير القريبين ولكن ضمن دائرة غير واسعة.
(٤) يتقبله الرفاق ويرحبون به.

المجال الأول: السلوك الاجتماعي

ب ـ المشاركة والآداب الاجتماعية

١ ـ المواصلات: (التصرف في سيارة أو باص.. ووسائل المواصلات):

(٠) يتصرف بشكل غير لائق.
(١) يتصرف بشكل لائق عندما يكون تحت رقابة مباشرة ومستمرة.
(٢) يحسن التصرف بموجب توجيهات لفظية.
(٣) حسن التصرف من روتينه.
(٤) يشجع الآخرين على التصرف بشكل لائق.

٢ ـ التصرف في الأماكن العامة:

(٠) يتصرف بشكل غير لائق.
(١) يتصرف بشكل لائق تحت رقابة أو إشراف مباشر.
(٢) يتصرف بشكل لائق إذا كان تحت إشراف عام.
(٣) يحسن التصرف.
(٤) يشجع الآخرين على التصرف اللائق.

٣ ـ المشاركة في النشاط الاجتماعي:

(٠) يفسد نشاط الجماعة أو أنه منطوٍ على نفسه.
(١) يشارك ولكنه لا يستمتع بالمشاركة أو أنه يظل على بعد من الجماعة.
(٢) يمكن أن يستمتع إذا أمكن إقناعه بالمشاركة.
(٣) يستمتع بالمشاركة في نشاط الرفاق.
(٤) يساهم في نجاح المجموعة في الخبرات الاجتماعية.

٤ ـ الرحلات:

(٠) لا يمكن أخذه في رحلة أو نزهة.

(١) يمكن أخذه في رحلات ولكنه يحتاج إلى مراقبة مباشرة.
(٢) يمكن أخذه ولكنه يحتاج إلى إشراف.
(٣) يمكن أخذه في رحلات ويستجيب بشكل جيد لتوجيهات الجماعة.
(٤) يعطي المثل الجيد لرفاقه.

٥ ـ نمط الجلوس:

(٠) لا يبقى جالساً في المواقف الاجتماعية.
(١) يجلس لفترات قصيرة فقط.
(٢) يجلس بهدوء ولكن بشكل غير لائق.
(٣) يجلس بشكل لائق في مواقف معينة (مضبوطة)، في الصف مثلاً.
(٤) يجلس بشكل لائق في مختلف المواقف الاجتماعية.

٦ ـ تحية الأصحاب والرفاق:

(٠) لا يحيـي رفاقه وأصحابه.
(١) يحيـي رفاقه عندما ينبه.
(٢) يحيـي رفاقه استجابة (رداً على) تحيتهم له فقط.
(٣) يحيـي رفاقه بشكل لائق.
(٤) يحيـي بحرارة تتناسب مع الموقف.

٧ ـ مجاملة الزوار:

(٠) يتصرف بشكل غير لائق بحضور الزوار.
(١) يتصرف بشكل لائق فقط بالتوجيه المناسب.
(٢) يتصرف بشكل لائق لكن يحتاج إلى بعض التذكير.
(٣) يحسن التصرف مع الزوار ويجعلهم يشعرون بأنهم مرحب بهم.
(٤) يحسن التصرف ويشجع الآخرين على التصرف اللائق.

٨ ـ تقبل القرارات الجماعية:

(٠) يرفض أن يتقبل قرارات المجموعة أو أنه لا يعيها.
(١) يتقبل قرارات المجموعة دون أن يفكر فيها.

(٢) يتقبل قرارات المجموعة إذا وافق عليها شخص ذو سلطة (أو معلم).
(٣) يتقبل القرارات التي حسب تفسيره لها أنها صحيحة.
(٤) يتقبل قرارات المجموعة ويشجع الآخرين بالرغم من استيائه الشخصي منها.

المجال الثاني: العناية بالذات

أ ـ الوظائف الاستقلالية المتعلقة بالطعام واللباس

١ ـ استخدام الأدوات (الملعقة، الشوكة، السكين):

(٠) لا يستطيع أن يستخدم الملعقة والأدوات الأخرى كالسكين والشوكة لإطعام نفسه.
(١) يستخدم الملعقة والأدوات الأخرى لإطعام نفسه بشيء من الصعوبة.
(٢) يستخدم الملعقة والأدوات الأخرى لإطعام نفسه الأطعمة اللينة بدون صعوبة.
(٣) يستخدم الملعقة والأدوات الأخرى لإطعام نفسه معظم الأطعمة بدون صعوبة.
(٤) يتحكم باستخدام الملعقة والأدوات الأخرى لإطعام نفسه كافة الأطعمة.

٢ ـ السوائل:

(٠) لا يمكنه أن يشرب من كوب أو فنجان بدون أن يسكب منه شيء على الأرض.
(١) يمكنه أن يشرب من كأس أو فنجان عندما يكون هنالك شخص آخر يمسك به.
(٢) يمكنه أن يمسك بنفسه الكأس أو الفنجان ولكن أحياناً ينسكب منه شيء عندما يشرب.
(٣) يمكنه أن يشرب من كأس أو فنجان بدون صعوبة ويمكنه أن يستخدم أنبوبة (مصاصة) المشروبات الخفيفة.
(٤) يمكنه تناول السوائل والشراب من أنواع الكؤوس والفناجين بكل سهولة.

٣ ـ الوجبات الرئيسية (كالغذاء):

(٠) يتناول فقرات وجبة (الغذاء) بغير نظام أو ترتيب.
(١) يتناول فقرات الوجبة بالترتيب المناسب عندما يذكر بها.
(٢) يتناول فقرات الوجبة بترتيب ملائم لكنه يحتاج إلى تذكير أحياناً.
(٣) يتناول فقرات الوجبة بالترتيب المناسب.

(٤) يتناول فقرات الوجبة بالترتيب المقبول حتى عندما تضاف فقرات جديدة.

٤ ـ عادات النظافة في تناول الطعام:

(٠) لا يراعي النظافة أثناء تناول الطعام.
(١) يراعي النظافة بمساعدة مباشرة وتوجيه.
(٢) يراعي النظافة ولكنه يحتاج إلى التوجيه بالكلام.
(٣) يراعي النظافة بشكل مقبول أثناء تناوله أنواعاً مختلفة من الأطعمة.
(٤) لديه القدرة على التصرف اللائق في جميع المواقف التي تستلزم النظافة أثناء تناول الطعام.

٥ ـ خلع المعطف والألبسة المماثلة:

(٠) لا يستطيع أن يخلع معطفه والألبسة المماثلة بنفسه ولا يتعاون مع الشخص الذي يخلعه عنه.
(١) يمكنه أن يخلع معطفه والألبسة المماثلة عندما لا تكون أزرارها مطبقة.
(٢) يخلع معطفه والألبسة المماثلة ويلبسها ولكن يحتاج إلى مساعدة مباشرة.
(٣) يخلع معطفه والألبسة المماثلة ويلبسها ولكنه يحتاج إلى توجيه لفظي.
(٤) يخلع معطفه والألبسة المماثلة ويرتديها بنفسه بكل سهولة وبدون مساعدة.

٦ ـ الأزرار والسحاب:

(٠) لا يمكنه تطبيق (تزرير) الأزرار الأمامية.
(١) يمكنه أن يطبق الأزرار لوحده من العرى الأمامية.
(٢) يستطيع أن يطبق اثنتين من الفتحات الأمامية.
(٣) يمكنه أن يطبق ثلاث فتحات أمامية.
(٤) يمكنه أن يطبق جميع الفتحات سواء كانت أمامية أو جانبية أو خلفية.

٧ ـ ارتداء أنواع الأحذية:

(٠) لا يستطيع أن يلبس الحذاء ولا يتعاون مع الشخص الذي يلبسه الحذاء.
(١) يستطيع أن يلبس الحذاء ولكن يحتاج إلى مساعدة مباشرة وتوجيهات لفظية.
(٢) يستطيع أن يلبس الحذاء بشكل ملائم ولكن يحتاج إلى توجيهات لفظية.

(٣) يستطيع أن يلبس الحذاء بدون مساعدة.
(٤) يستطيع أن يلبس الحذاء بسهولة.

٨ ـ ربط الحذاء:

(٠) لا يستطيع أن يربط حذاءه حتى وإن قدمت له مساعدة مباشرة وتوجيهات لفظية.
(١) يستطيع أن يربط حذاءه فقط إذا أعطي مساعدة مباشرة وتوجيهات لفظية.
(٢) يستطيع ربط حذائه ولكن يحتاج إلى توجيه لفظي.
(٣) يستطيع ربط حذائه بدون مساعدة.
(٤) يستطيع أن يربط الرباط بسهولة ويتقن عملية ربط الحذاء.

المجال الثاني: العناية بالذات

ب ـ الوظائف الاستقلالية المتعلقة بالسلامة العامة والنظافة

١ ـ استعمال المرحاض:

(٠) لا يعلن عن حاجته ولا يجعلها معروفة.
(١) يعلن عن حاجته ولكن في كثير من الأحيان بعد فوات الوقت لتجنب الحوادث.
(٢) يعلن عن حاجته ويتجنب الحوادث.
(٣) يستخدم المرحاض بشكل مناسب.
(٤) يتوقع الحاجة ويستخدم المرحاض بشكل لائق.

٢ ـ العناية بنظافة الجسم:

(٠) لا يعرف كيف يغسل وجهه ويديه ويعتني بنظافة أسنانه بنفسه.
(١) يغسل وجهه ويديه ويعتني بنظافة أسنانه ولكن يحتاج إلى مساعدة مباشرة مع التوجيه.
(٢) يغسل وجهه ويديه ويعتني بنظافة أسنانه بشكل مقبول عندما يطلب منه.
(٣) يغسل وجهه ويديه ويعتني بنظافة أسنانه بشكل كافٍ بدون مساعدة.
(٤) يغسل وجهه ويديه ويعتني بنظافة أسنانه بشكل كافٍ ويلاحظ نظافتها.

٣ ـ العناية بالمظاهر الأخرى (الشعر، والأظافر، والحذاء):

(٠) غير قادر على تمشيط شعره، وتلميع حذائه والاعتناء بأظافره.

(١) قادر على تمشيط شعره وتلميع حذائه والاعتناء بأظافره ولكنه يحتاج إلى مساعدة مباشرة وتوجيه لفظي.

(٢) يمكنه تمشيط شعره وتلميع حذائه والاعتناء بأظافره ولكنه يحتاج إلى توجيه لفظي.

(٣) يمكنه تمشيط شعره وتلميع حذائه والاعتناء بأظافره بدون مساعدة.

(٤) قادر على تمشيط شعره بطريقة جذابة، وتلميع حذائه والاعتناء بأظافره بدون مساعدة، ويلاحظ هذه المظاهر كلها.

٤ ـ الترتيب والهندام:

(٠) لا يستطيع أن يهتم بهندامه وترتيبه.

(١) يصلح هندامه وترتيبه بمساعدة مباشرة مع الإيعاز بالكلام.

(٢) يمكنه أن يصلح هندامه ويرتب نفسه بالتوجيه اللفظي.

(٣) يمكنه أن يعتني بترتيبه وهندامه بدون مساعدة.

(٤) يرتب نفسه وهندامه ويلاحظ نفسه بدقة.

٥ ـ الممرات والأدراج:

(٠) خطر على نفسه وعلى الآخرين.

(١) تصرفاته مأمونة عندما يكون تحت رقابة مباشرة.

(٢) تصرفاته مأمونة عندما تكون هنالك رقابة عامة.

(٣) يستخدم الممرات والأدراج بطريقة مأمونة.

(٤) يشجع الآخرين على التصرف المأمون عند صعود الأدراج أو السير في الممرات.

٦ ـ الوعي للأخطار والدفاع عن النفس:

(٠) ليس واعياً للمخاطر ولا يقوم بأي محاولة لحماية نفسه حتى عندما ينبه.

(١) يكون واعياً للمخاطر ولا يحاول حماية نفسه عندما ينبه باستمرار.

(٢) يدرك وجود الخطر ويحمي نفسه جزئياً ولكنه يحتاج إلى تذكير أحياناً.

(٣) يبدي وعياً للأخطار في بيئته ويحمي نفسه بشكل ملائم.

(٤) يحذر الآخرين من أجل أن يتجنبوا الخطر ويساعد الآخرين في تجنب الأخطار.

٧ ـ **قطع الشارع :**

(٠) ليس واعياً للأخطار في قطع الشارع.

(١) يقف عند مقطع الشارع ولكن يحب أن يمسك من يده عندما يقطع الشارع.

(٢) يقطع الشارع بسلامة عندما يكون مصحوباً مع الآخرين.

(٣) يتطلع في جميع الاتجاهات ويقطع الشارع عندما يكون خالياً.

(٤) يمكن أن يساعد الآخرين في قطع الشارع.

٨ ـ **الحماية من المخاطر المنزلية (الأدوات الحادة، الكهرباء، السموم) :**

(٠) ليس لديه أية معرفة عن التعامل مع الأدوات الحادة والسموم والكهرباء.

(١) يستطيع أن يستعمل الأدوات الحادة بمساعدة مباشرة وتوجيه لفظي ويدخل وصلة كهربائية إلى مكانها ويميز المواد التي يقال له عنها إنها سامة كالكاز والمبيدات الحشرية.

(٢) يحتاج إلى توجيه لفظي باستخدام الأدوات الحادة وتمييز المواد السامة.

(٣) يستخدم الأدوات الحادة بشكل مأمون، ويستعمل الأدوات الكهربائية بطريقة آمنة وسليمة ويدرك ويميز المواد السامة.

(٤) يحث الآخرين على ملاحظة قواعد السلامة في استخدام الأدوات الكهربائية والأدوات الحادة.

المجال الثالث : الاتصال

أ ـ المهارات السمعية والتعبيرية غير اللفظية

١ ـ التعبير بالإشارة:

(٠) لا يمكن أن يعبر عن نفسه باليد أو بتعابير الوجه.

(١) يعبر عن حاجته بأن يقود السامع باليد إلى ما يريد.

(٢) يعبر عن حاجته بالإشارة باليد.

(٣) يعبر عما يريد عن طريق سلسلة من الإشارات اليدوية وتعبيرات الوجه.

(٤) يستطيع أن يستعمل الإشارات كعامل مساعد على الاتصال اللفظي.

٢ ـ التعرف على أصوات في البيئة :

(٠) لا يستطيع التعرف على خمسة أصوات في البيئة.

(١) يتعرف على خمسة أصوات بالاسم.
(٢) يتعرف على ثمانية أصوات بالاسم.
(٣) يتعرف على عشرة أصوات بالاسم.
(٤) يتعرف على أصوات جديدة عند حدوثها.

٣ ـ التعرف على الصور والأشياء المرئية:

(٠) لا يستطيع التعرف على الأشياء أو صور عامة مألوفة.
(١) يتعرف على الأشياء المألوفة بالمطابقة.
(٢) يتعرف على الأشياء عندما تسمى له بأن يشير إليها.
(٣) يستطيع أن يسمي الأشياء المألوفة.
(٤) يستطيع أن يتعرف على أشياء ذات صلة بوصفها مجموعات متجانسة.

٤ ـ الاتصال بالعينين (كمتكلم):

(٠) لا يتطلع إلى السامع (لا يوجه عينيه نحو السامع).
(١) يتطلع إلى السامع فقط عندما يطلب منه ذلك.
(٢) يتطلع إلى السامع مع اتصال مناسب أحياناً بواسطة العينين.
(٣) يتطلع إلى السامع مع اتصال مناسب عن طريق العينين.
(٤) يستطيع أن يتنقل بعينه مع أكثر من شخص في مجموعة.

٥ ـ اللعب التمثيلي أو التعبير:

(٠) لا يشارك.
(١) يشارك عندما يجد التشجيع.
(٢) يشارك بشكل محدود.
(٣) يشارك بتشوق وبنجاح.
(٤) يشارك بشكل مبدع بشكل لفظي وغير لفظي.

٦ ـ الاستماع والإصغاء ضمن مجموعة:

(٠) لا يمكنه الاستماع والإصغاء إلى حديث الرفاق والكبار أو القصص أو الموسيقى.

(١) يمكنه الاستماع والإصغاء للرفاق والقصص والموسيقى إذا ذكر باستمرار وإذا أعطي التوجيه اللفظي لكن سرعان ما يفقد اهتمامه.

(٢) يستمع ويصغي إلى الكبار والرفاق والقصص والموسيقى ويستجيب لهم أحياناً بشكل مناسب ويحتاج إلى تذكير في بعض الأحيان.

(٣) يستمع ويصغي إلى الكبار والرفاق والقصص والموسيقى ويستجيب لهم بشكل مناسب ويحاول نقل ما سمعه.

(٤) يستمع ويصغي إلى الكبار والرفاق والقصص والموسيقى ويستجيب لهم بالشكل المناسب وينقل ما سمعه ويفسره للآخرين ويشجع الآخرين على الإصغاء.

٧ ـ الاستجابة للتعليمات اللفظية:

(٠) لا يستجيب للتعليمات.

(١) يستجيب للطلبات البسيطة عندما تكرر له.

(٢) يستجيب للتعليمات البسيطة.

(٣) يستجيب لسلسلة من الطلبات.

(٤) يتذكر ويستجيب للتعليمات اللفظية بعد انقضاء فترة عليها.

٨ ـ الاستجابة للدعابة:

(٠) لا يستجيب للدعابة أو المزاح.

(١) يستجيب بشكل غير مناسب للدعابة.

(٢) يستجيب بشكل مناسب للنكتة الواضحة.

(٣) يستجيب بشكل واضح لدعابة كلامية.

(٤) يستجيب إلى النكتة الحاذقة.

المجال الثالث: الاتصال

ب ـ المهارات اللغوية

١ ـ وضوح الكلام:

(٠) كلامه غير مفهوم، ويستخدم أصواتاً غير متمايزة.

(١) كلامه مفهوم فقط عندما يقرن بالإشارات.

(٢) كلامه مفهوم عندما يعرف المستمع موضوع الكلام.
(٣) كلامه مفهوم للأشخاص المألوفين لديه ويستطيع نطق جميع الأصوات التي تتألف منها الكلمة بوضوح.
(٤) كلام مفهوم بسهولة للكبار عامة ويستطيع نطق كلمات جديدة من أول محاولة.

٢ ـ التراكيب اللغوية القصيرة:

(٠) لا ينطق أكثر من كلمة في أي تركيب لغوي.
(١) ينطق أكثر من كلمة واحدة في الجملة في كلامه الطبيعي.
(٢) في بعض الأحيان يركب كلمات يؤلف فيما بينها تفكيراً مترابطاً.
(٣) في معظم الأحيان يركب كلمات تؤلف فيما بينها تفكيراً مترابطاً.
(٤) ينتج بشكل طبيعي كلمات وتراكيب تؤلف فيما بينها تفكيراً مترابطاً.

٣ ـ نطق الكلام:

(٠) يستعمل فقط أصوات غير متمايزة.
(١) الأصوات المتمايزة عنده هي الأحرف الصوتية (العلة).
(٢) يستعمل الأصوات الساكنة والعلة في بداية الكلمات بوضوح.
(٣) يستطيع نطق جميع الأصوات التي تتألف منها الكلمة بوضوح.
(٤) يستطيع نطق كلمات جديدة من أول محاولة.

٤ ـ ضبط شدة الصوت ونوعيته:

(٠) لا ينظم شدة صوته أو قوته ولا يكون لصوته وقع مريح.
(١) ينظم صوته عن طريق المساعدة المباشرة والتوجيه اللفظي ويكون لصوته وقع مريح عندما يذكر بذلك.
(٢) يستخدم أحياناً شدة الصوت المناسبة ويكون لصوته وقع مريح نوعاً.
(٣) يستخدم شدة صوت مناسبة وصوت مريح في المواقف المختلفة.
(٤) يشجع الآخرين على استخدام شدة صوت مناسبة ويتكلم بصوت مريح حتى عندما يكون منفعلاً.

٥ ـ القراءة واستعمال الكتب:

(٠) لا يحاول ولا يظهر أي اهتمام بالقراءة أو الحصول على منفعة من الكتب.

(١) يلعب بالكتب كألعاب وأحياناً يظهر اهتماماً بالقراءة.
(٢) يقلب الصفحات الموجودة بالكتاب ويستجيب لبعض الصور المألوفة ويظهر اهتماماً بمحاولة قراءة الأحرف والكلمات الموجودة بها.
(٣) يختار الكتب التي بها صور مألوفة ويقرأ في كتب الصفوف المبتدئة.
(٤) يختار الكتب التي تثير به اهتمامات جديدة ويستطيع قراءة واستيعاب كتب الصف الثاني.

٦ ـ الكتابة:

(٠) لا يحاول أن يكتب أو يخط أي شيء.
(١) لا يستطيع أن يكتب أحرفاً مميزة حتى ولو كانت مخطوطة بشكل خطوط مقطعة.
(٢) يستطيع أن يكتب أحرفاً مميزة بطريقة التخطيط.
(٣) يكتب أحرفاً مميزة وواضحة بطريقة النسخ.
(٤) يكتب أحرفاً مميزة عندما تسمى له.

٧ ـ المحادثة:

(٠) لا يشارك في الحديث.
(١) يشارك في حديث محدود فقط مع أشخاص مألوفين.
(٢) يشارك في محادثة عندما يطلب منه.
(٣) يشارك في الحديث مع اثنين أو ثلاثة أشخاص.
(٤) يشارك تلقائياً في الحديث ويضيف إلى المحادثة.

٨ ـ البناء اللغوي (القواعدي):

(٠) لديه تراكيب لغوية بسيطة تتكرر خطأ حتى بعد تصحيحها.
(١) يمكن أن يستعمل التراكيب اللغوية البسيطة في سياقها الصحيح عند تذكيره فقط.
(٢) يستعمل التراكيب اللغوية البسيطة بشكل مناسب ويحتاج أن يصحح له أحياناً.
(٣) يستعمل التراكيب اللغوية البسيطة.
(٤) يمكنه أن يصحح التراكيب اللغوية لأقرانه.

المجال الرابع: المعرفة الأساسية

أ ـ المفاهيم الأساسية

١ ـ الحجوم:

(٠) لا يميز الفروق في الحجوم.
(١) يمكنه أن يكتشف الفروق في الحجم بالمقارنات الحسية.
(٢) يمكنه التمييز بين حجمين مختلفين بالمقارنة.
(٣) يمكنه اكتشاف الفروق في العلاقات الحجمية بالمحاولة والخطأ.
(٤) يمكنه تقدير الفروق في العلاقات الحجمية بصرياً.

٢ ـ الأشكال:

(٠) لا يمكنه المطابقة بين الأشكال المتماثلة.
(١) يمكنه المطابقة بين الأشكال المتماثلة.
(٢) يمكنه أن يتعرف بالإشارة أو بالفعل أو باللفظ على النجمة/ مربع/ دائرة.
(٣) يمكنه أن يتعرف بالإشارة أو بالفعل أو باللفظ على مستطيل/ مثلث.
(٤) يمكنه أن يتعرف بالإشارة أو بالفعل أو باللفظ على كعب/ مخروط/ كرة/ أسطوانة.

٣ ـ مفهوم العدد:

(٠) لا يميز بين الأشياء على أنها واحد أو أكثر.
(١) يميز بين الأشياء على أنها واحد أو أكثر.
(٢) يميز بين أشياء من حيث كونها: قليل، بعض، الآخر، الأكثر.
(٣) يمكنه أن يكون مجموعة عناصرها مؤلفة من ١، ٢، ٣، ٤، ٥ من العناصر.
(٤) يمكنه أن يكون مجموعات عناصرها مؤلفة من ٦، ٧، ٨، ٩، ١٠ من العناصر.

٤ ـ التعرف على النقود وصرفها:

(٠) لا يمكنه التعرف على قطع النقود أو صرفها.
(١) يستطيع أن يميز بين النقود الحقيقية والكاذبة ويعرف خمسة قروش تساوي شلن

(قطعة الخمسة قروش).

(٢) يستطيع التعرف على قطع القروش والشلن والعشرة قروش وصرفها.

(٣) يتعرف على جميع القطع المعدنية للنقود ويستطيع صرف قطعة الربع دينار وكم تساوى من القطع الأخرى.

(٤) يتعرف على القطع النقدية الورقية ويستطيع صرفها.

٥ ـ الطقس:

(٠) لا يميز لفظاً المطر والثلج.

(١) يميز لفظاً المطر، الثلج، الشمس.

(٢) يميز لفظاً المطر، الثلج، الشمس، الريح، الغيوم.

(٣) يميز بين ظروف الطقس المألوفة، البرد، الحر، الشتاء.

(٤) يدرك المقصود بالنشرة الجوية.

٦ ـ الحيوانات:

(٠) لا يمكنه التعرف على الحيوانات البيتية الأليفة.

(١) يمكنه التعرف على الحيوانات المنزلية بتسميتها أو التأشير إليها.

(٢) يمكنه التعرف على خمس حيوانات (فيما يمكن مشاهدته في حديقة الحيوانات) بتسميتها أو التأشير إليها.

(٣) لديه معلومات أساسية عن حيوانات البيئة المحلية.

(٤) يستطيع أن يصنف الحيوانات إلى فئات أو أصناف.

٧ ـ تعيين أماكن الأشياء:

(٠) لا يستطيع تعيين مكان الأشياء التي تستعمل في العادة.

(١) يمكن أن يعين مكان شيء عندما يوصف له كيف يجده.

(٢) يمكنه أن يعين أماكن الأشياء المستعملة يومياً.

(٣) يمكنه أن يعين أماكن بعض الأشياء التي قد لا تستعمل دائماً.

(٤) يمكنه أن يعين المكان المناسب لحفظ الأشياء الجديدة مع أخرى من نفس النوع.

٨ ـ المهن والحرف:

(٠) ليس عنده أية فكرة عن العامل أو صاحب العمل.

(١) يعرف مهنة والده فقط.

(٢) يعرف عن خمس مهن.

(٣) يميز بين الناس الذين يعملون كمستخدَمين أو مهنيين أو أصحاب عمل (مستخدِمين).

(٤) يستطيع أن يصف عدة أعمال من أسمائها.

المجال الرابع: المعرفة الأساسية:

ب ـ الوعي والمعلومات العامة

١ ـ الأصدقاء وأفراد العائلة:

(٠) لا يعرف رفاقه بالاسم.

(١) يعرف اثنين من رفاقه بالاسم.

(٢) يعرف خمسة من رفاقه بالاسم.

(٣) يمكنه أن يسمي جميع معارفه وأفراد أسرته.

(٤) يمكنه أن يسمي (لفظاً) جميع معارفه وأفراد أسرته من الذاكرة.

٢ ـ الألوان الأساسية:

(٠) لا يمكنه أن يطابق بين الألوان المتماثلة.

(١) يمكنه المطابقة بين الألوان المتماثلة.

(٢) يمكنه اختيار أي لون يسمى له من بين تسعة الألوان الأساسية.

(٣) يمكنه تسمية الألوان الأساسية التسعة.

(٤) يمكنه تسمية ألوان غير أساسية مثل رمادي، زهري، بيج.

٣ ـ الأيام:

(٠) لا يعرف أياً من أسماء أيام الأسبوع.

(١) يمكن أن يسرد أيام الأسبوع سرداً.

(٢) يتعرف على يوم معين بالاسم المعين.
(٣) يعرف مفهوم أمس وغداً ويسمي اسم هذين اليومين.
(٤) يمكن له أن يسمي اسم اليوم السابق لأمس أو التالي لغد (قبل البارحة أو بعد غد).

٤ ـ الأشهر:

(٠) لا يعرف اسم أي من أشهر السنة.
(١) يسمي ثلاثة شهور على الأقل.
(٢) يسمي ١٢ شهراً.
(٣) يعرف اسم الشهر الحالي والشهر السابق والتالي.
(٤) يعرف أي الأشهر في كل من فصول السنة.

٥ ـ قياس الطول:

(٠) ليس عنده أية فكرة عن قياس الطول أو المسافة.
(١) يعرف معنى المصطلحات، قريب، بعيد، قصير، طويل.
(٢) يمكنه المقارنة بين مسافات من حيث: (أيهما أطول من... أو أقصر من...).
(٣) يمكنه قياس مسافة باستخدام مسطرة بالسنتمترات.
(٤) يمكنه قياس مسافة باستخدام متر بأجزاء المتر وأجزاء السنتمترات.

٦ ـ مفهوم الزمن:

(٠) لا يعرف معاني الصباح، الظهر، المساء، الليل.
(١) يعرف معاني الأوقات المذكورة.
(٢) يعرف معاني اليوم، أمس، الغد.
(٣) يعرف معاني حالاً، فيما بعد، الحاضر، قبل، وبعد.
(٤) يستخدم كثير من مفاهيم الوقت في حديثه العادي.

٧ ـ قراءة الساعة:

(٠) لا يعرف قراءة الساعة.
(١) يقرأ الوقت بالإشارة إلى العقرب الكبير على الساعة.

(٢) يمكنه أن يحدد الوقت حتى نصف ساعة.

(٣) يمكنه أن يحدد حتى فترة ربع ساعة وخمس دقائق.

(٤) يمكنه أن يحدد الوقت بالساعة والدقيقة.

٨ ـ الاتجاهات:

(٠) لا يستجيب بشكل معقول للمفاهيم التي تتضمن الاتجاهات.

(١) يقوم بأفعال تتضمن استجابة إلى مفاهيم إلى أعلى، إلى أسفل. إلى الداخل إلى الخارج.

(٢) يقوم بأفعال تتضمن استجابة إلى مفاهيم: فوق، تحت، قرب، بعيد، أعلى، أوطأ.

(٣) يقوم بأفعال تتضمن استجابة إلى مفهومي يمين، يسار.

(٤) يقوم بأفعال تتضمن استجابة إلى مفاهيم: مقاتل، ضد، التالي.

المجال الخامس: استعمال الجسم

أ ـ المهارات الحس حركية

١ ـ تسلق الدرج:

(٠) لا يستطيع صعود الدرج أو نزوله حتى مع المساعدة المباشرة والتوجيه اللفظي.

(١) يمكنه الصعود والنزول فقط عندما يمسك شخص بيده.

(٢) يمكنه الصعود والنزول باستعمال قدميه بالتناوب ولكن يظل ممسكاً بالدرابزين.

(٣) يمكنه الصعود والنزول باستعمال قدميه بالتناوب وبدون مساعدة.

(٤) يمكنه أن يصعد الدرج وينزله بدون مساعدة حتى عندما يحمل بيده بعض الأشياء الخفيفة.

٢ ـ التوازن (في المشي على خط مستقيم مرسوم):

(٠) لا يستطيع المشي بتوازن لثلاث خطوات بدون أن يمسكه أحد.

(١) يستطيع المشي خمس خطوات إذا أمسك بيده أحد.

(٢) يستطيع المشي خمس خطوات بدون مساعدة.

(٣) يستطيع أن يمشي عشر خطوات بدون مساعدة أحد.

(٤) يستطيع أن يمشي بشكل طبيعي.

٣ ـ استخدام الكرة:

(٠) لا يمكنه رمي الكرة ولا يستطيع رد الكرة ومسكها حتى عندما تقدم له مساعدة مباشرة وتعليمات مباشرة.

(١) يمكنه رفس الكرة ورميها ولكنه يفشل في التحكم بالاتجاه ويستطيع فتح يديه في تلقيها.

(٢) يمكنه رفس الكرة بالاتجاه المطلوب في مدى لا يتجاوز ١٠ متر، ويستطيع رد الكرة ومسكها إذا كانت على مستوى يديه.

(٣) يستطيع ضرب الكرة بالاتجاه المطلوب إلى مدى يزيد عن ١٠ متر، ويستطيع أن يرد الكرة خمس مرات بيد واحدة ويستطيع أن يمسك الكرة حتى ولو كانت مرتفعة عن يديه.

(٤) يرد الكرة بشكل جيد ويتحكم بها وهي متحركة ويرمي الكرة بشكل صحيح ومتناسق ويستطيع أن يركض إلى الكرة وأن يمسكها.

٤ ـ الحجل (المسافة ٧ أمتار تقريباً):

(٠) لا يستطيع أن يحجل حتى مع المساعدة والتوجيه.

(١) يستطيع أن يحجل لمسافة قصيرة مع المساعدة والتوجيه.

(٢) يستطيع أن يحجل لمسافة بدون مساعدة ولكن لا يحافظ على نمط الحركة.

(٣) يستطيع أن يحجل لمسافة بدون مساعدة.

(٤) يستطيع أن يحجل باتجاه مستقيم أو بشكل دائري.

٥ ـ رسم الخط:

(٠) لا يستطيع رسم خط مستقيم.

(٢) يستطيع رسم خط فوق آخر منقط.

(٢) يستطيع رسم خط مستقيم دون مساعدة.

(٣) يستطيع أن يوصل بين مجموعة من النقاط.

(٤) يستطيع أن يلون داخل خطوط الشكل المرسوم.

٦ ـ سكب السوائل: (من الإبريق إلى كوب):

(٠) لا يستطيع أن يسكب السائل في كوب.
(١) يستطيع أن يسكب السائل ولكن مع إراقة كمية كبيرة منه.
(٢) يستطيع أن يسكب السائل في كوب دون أن يريق إلا القليل منه.
(٣) يستطيع أن يسكب السائل بدون أن يريق منه شيئاً.
(٤) يستطيع أن يملأ عدة أكواب بسهولة.

٧ ـ ثني الورق:

(٠) لا يستطيع ثني ورقة من منتصفها.
(١) يستطيع ثني الورقة من منتصفها ولكن ليس بالتساوي.
(٢) يستطيع ثني الورقة من منتصفها مع تطابق الزوايا.
(٣) يستطيع ثني الورقة من منتصفها مرة ثم ثنيها مرة أخرى في المنتصف.
(٤) يستطيع ثني الورقة على شكل مثلث.

٨ ـ رسم الوجه:

(٠) لا يستطيع رسم وجه له معالم مميزة.
(١) يستطيع رسم شكل وجه مميز.
(٢) رسم العينين، الأنف، الفم، في أماكنها الصحيحة.
(٣) رسم العينين، الأنف، الفم، وكذلك الشعر والأذنين في أماكنها الصحيحة.
(٤) يرسم للوجه تعابير متعددة.

المجال الخامس: استعمال الجسم

ب ـ اللياقة البدنية والعادات الصحية

١ ـ تنظيف الأنف (المخط):

(٠) لا يمخط حتى عندما يكون هناك ضرورة لذلك ولو نبه.
(١) يمخط فقط عندما يطلب منه.
(٢) يمخط ولكن يحتاج إلى من يذكره أحياناً.

(٣) يمخط أنفه عند الضرورة.
(٤) يمخط أنفه بشكل لا يلفت انتباه الآخرين.

٢ ـ الأظافر:

(٠) لا ينظف أظافره حتى عندما يكون ذلك ضرورياً أو عندما يطلب منه ذلك.
(١) يحتاج إلى تنبيه متكرر لينظف أظافره.
(٢) يحتاج إلى تذكير في بعض الأحيان.
(٣) ينظف أظافره بتوجيه ذاتي.
(٤) يشجع الآخرين على المحافظة على نظافة الأظافر.

٣ ـ وضع القامة:

(٠) لا يستجيب بالشكل الصحيح عندما يطلب منه الجلوس أو الوقوف أو المشي منتصب القامة.
(١) يحتاج إلى تنبيه متكرر ليتخذ قامة معتدلة.
(٢) يحتاج في بعض الأحيان إلى تنبيه ليتخذ قامة معتدلة.
(٣) يتخذ قامة معتدلة من تلقاء نفسه.
(٤) يشجع الآخرين على اتخاذ الوضع الصحيح في قاماتهم.

٤ ـ النظافة والمظهر:

(٠) يهمل مظهره العام وليس لديه أي اهتمام بالنظافة على الدوام.
(١) يتفقد مظهره العام دوماً ويبقى نظيفاً بشكل معقول عندما ينبه إلى ذلك ويذكر.
(٢) يتفقد مظهره العام دوماً ويبقى نظيفاً ولكنه يحتاج إلى تنبيه أحياناً.
(٣) يتفقد مظهره العام ويحافظ على نظافته من تلقاء نفسه.
(٤) يحافظ على نظافته باستخدام ملابس واقية بشكل صحيح (مريول) ويشجع الآخرين على أن يكونوا منتبهين لمظهرهم.

٥ ـ الركض:

(٠) لا يستطيع أن يركض لمسافة (١٠) أمتار.
(١) يركض لمسافة (١٠٠) متر ولكنه يحتاج إلى (٤) وقفات.

(٢) يركض لمسافة (١٠٠) متر ويحتاج وقفة واحدة للراحة.

(٣) يركض لمسافة (١٠٠) متر بدون توقف.

(٤) يركض لمسافة (١٠٠) متر بأقل من (٢٥) ثانية.

٦ ـ ثني الركبة:

(٠) لا يستطيع أن يجلس القرفصاء وأن يوازن نفسه.

(١) يستطيع ثني ركبته لمرة واحدة.

(٢) يستطيع أن يثني ركبته لثلاث مرات.

(٣) يستطيع أن يثني ركبته خمس مرات بشكل جيد.

(٤) يستطيع أن يثني ركبته أكثر من خمس مرات.

٧ ـ لمس إصبع القدم:

(٠) لا يستطيع أن يلمس بيده إصبع قدمه بدون ثني ركبته.

(١) يستطيع أن يلمس بيده أصابع قدميه دون أن يثني ركبته.

(٢) يلمس أصابع قدميه خمس مرات.

(٣) يلمس أصابع قدميه عشر مرات.

(٤) يلمس الأرض بقبضة يده.

٨ ـ الارتفاع بالجسم:

(٠) لا يستطيع أن يرفع جسمه عن الأرض.

(١) يرفع جسمه عن الأرض بدون صعوبة واضحة.

(٢) يؤدي رفعة واحدة.

(٣) يرفع جسمه ثلاث مرات.

(٤) يرفع جسمه أكثر من ثلاث مرات.

المجال السادس: التكيف الاجتماعي والشخصي

أ ـ التكيف الاجتماعي

١ ـ اللباقة في التعامل مع الآخرين:

(٠) يصدر عنه سلوك مستهجن مثل الكلام عن قرب، النفخ والتجشؤ في وجوه

الآخرين، تقبيل الآخرين والتمسح بهم ومعانقتهم والتعلق الزائد بهم.
(١) تصدر عنه بعض السلوكات المستهجنة ولكنه يكف عنها بالتنبيه المتكرر.
(٢) تصدر عنه بعض السلوكات المستهجنة ولكنه يكف عنها إذا أشعر أنها مزعجة للآخرين.
(٣) سلوكه مهذب، لا تصدر عنه سلوكات مستهجنة.
(٤) يلاحظ نفسه بانتباه ويلاحظ سلوكات الآخرين ويتضايق من السلوك المستهجن.

٢ ـ السلوك النمطي المتكرر:

(٠) يكرر أشكالاً من السلوك غير مألوفة مثل تحريك يديه بشكل مستمر، ضرب قدميه مع بعضهما البعض، يلطم ويخمش ويحك جسمه باستمرار، المشي ذهاباً وإياباً في الغرفة باستمرار، البقاء برأسه مائلاً، المشي على رؤوس الأصابع باستمرار، يمشي وأصابعه في أذنيه أو على رأسه.
(١) تصدر عنه أشكال السلوك غير المألوفة السابقة لكن سرعان ما يكف عنها إذا ما نبه إليها وأعطي التوجيه اللفظي المناسب.
(٢) لا تصدر عنه أشكال من السلوك غير مألوفة لكنه يحتاج إلى تنبيه في بعض الأحيان.
(٣) لا تصدر عنه سلوكات غير مألوفة من تلقاء نفسه.
(٤) لا يلاحَظ عليه سلوك غير مقبول ويلاحِظ تصرفاته ويلاحِظ الآخرين ويشجعهم على اتباع السلوك المقبول.

٣ ـ الخجل والانطواء:

(٠) منطوٍ على نفسه، يخجل خاصة في المواقف الاجتماعية، يبدو خاملاً لا يتفاعل مع الأفراد الذين حوله والمواقف التي يوضع بها.
(١) يحاول مشاركة الجماعة في نشاطها عندما يكون معه مرافق يطمئن إليه ولكنه يخشى البقاء مع الجماعة ويفضل أن يكون لوحده.
(٢) يشارك الجماعة نشاطاتها ولكنه لا يختلط بشكل جيد.
(٣) يشارك الجماعة نشاطاتها ويكون مبادراً أحياناً في التعرف على الجماعة والقيام بنشاطاتها.

(٤) لا يبدو عليه الخجل أو الحرج من الجماعة ويحاول أن يندمج مع الجماعة ويكون مبادراً في أكثر الأحيان.

٤ ـ التقيد بالقيم والأخلاق:

(٠) كثيراً ما يسرق أو لوحظ أنه يسرق أو يكذب باستمرار أو يقلب الحقيقة لمصلحته الخاصة.
(١) أحياناً يسرق أو يلاحظ عليه السرقة، ويقول الصدق عندما تكون الحقيقة معروفة للسامع.
(٢) يحاول الاستيلاء على ممتلكات الآخرين دون استئذان لكن يعيدها ويقول الصدق عندما لا يخشى النتائج.
(٣) مؤتمن لا يأخذ ممتلكات غيره دون استئذان ويقول الحق مهما كانت النتائج.
(٤) يشجع الآخرين أن يكونوا أمناء وصادقين.

٥ ـ الامتثال للجماعة:

(٠) سلبي لا يتقيد بالقواعد أو المواعيد أو الأوامر أو القوانين في أكثر الأحيان.
(١) أحياناً يتقيد بالقواعد والمواعيد والأوامر والقوانين إذا كان هنالك مصدر للسلطة يرغمه على ذلك.
(٢) أحياناً يتقيد بالقواعد والقوانين والأوامر والمواعيد إذا نبه إليها وبوجود توجيه لفظي.
(٣) يتقيد بالقواعد والقوانين والأوامر والمواعيد من تلقاء نفسه.
(٤) يراعي قواعد السلوك الاجتماعي، ويمتثل للقواعد والقوانين والأوامر ويحافظ على مواعيده ويشجع الأفراد الآخرين على الامتثال للجماعة وقوانينها وأوامرها وقواعدها.

٦ ـ احترام الآخرين:

(٠) لا يحترم الآخرين ويستغلهم ويفسد تجمعهم ويكون سبباً في شجارهم، وإيقاعهم بالمشاكل ويفسد تجمعهم ولا يعطيهم أي اعتبار.
(١) يراعي وجود أشخاص آخرين إذا كان هناك مصدر مباشر للسلطة.

(٢) يحترم الآخرين ويقدرهم ويشاركهم باحترام إذا كان هنالك إشراف عام وتوجيه لفظي.
(٣) يحترم الآخرين ويقدرهم ويشاركهم باحترام من تلقاء نفسه.
(٤) يحث الآخرين ويشجعهم على احترام بعضهم البعض وتقدير مشاعرهم ويكون قدوة لهم في اتباع ذلك.

٧ ـ السلوك العدواني اللفظي:

(٠) يهدد، يصرخ، يستخدم لغة بذيئة، وإشارات تهديد.
(١) لا يلجأ إلى السلوك العدواني اللفظي بوجود مصدر للسلطة وتوجيه لفظي بدون أن يكون هنالك سبب ضروري.
(٢) لا يلجأ إلى السلوك العدواني اللفظي بوجود إشراف عام.
(٣) كلامه مهذب، هادىء عموماً، لا يصرخ بدون مبرر كافٍ ويقوم بذلك من تلقاء نفسه.
(٤) كلامه مهذب، هادىء عموماً، لا يصرخ بدون مبرر كافٍ ويشجع الآخرين على الاتصاف بذلك ويلاحظ سلوكهم.

٨ ـ السلوك العدواني الجسمي (الفيزيائي):

(٠) يعتدي على الآخرين بسلوكات من مثل الدفع، والخمش والقرص، العض والضرب والخنق ويتلف ممتلكات والديه أو الآخرين عن طريق التمزيق، وتوسيخ الممتلكات وكسر النوافذ، وإغلاق المرحاض بالأوراق، وإشعال النار بالممتلكات.
(١) يلجأ إلى السلوك العدواني (الفيزيائي) أحياناً ولكن سرعان ما يكف عن مثل هذا السلوك إذا كان هنالك مصدر مباشر للسلطة.
(٢) يلجأ إلى السلوك العدواني الفيزيائي أحياناً ولكن سرعان ما يكف عن ذلك إذا كان هنالك إشراف عام وتوجيه لفظي.
(٣) منضبط، يكبح نفسه، لا يبدو عليه عدوانية في تصرفاته.
(٤) يشجع الآخرين على الانضباط ويكبح النفس، ويبتعد عن العدوانية في التصرف.

المجال السادس: التكيف الاجتماعي والشخصي

ب ـ التكيف الشخصي

١ ـ المزاج:

(٠) يظهر عليه بعض الأعراض التالية:
متقلب المزاج، يصرخ وهو نائم، وعندما ينزعج قد يتقيأ يبكي دون سبب واضح.

(١) يظهر نوبات عصبية أحياناً، أو ينزوي بعيداً، يضطرب لأسباب غير واضحة أو غير معقولة.

(٢) في بعض الأحيان يكون مزاجه متقلباً إذا تعرض للضبط الجسماني.

(٣) نادراً ما يحتد مزاجه ويستجيب بشكل مناسب.

(٤) يبدو عليه الارتياح والرضا والتفاعل، منضبط بشكل معقول ويعبر عن مشاعره بصدق.

٢ ـ الصحة النفسية والعقلية:

(٠) تبدو عليه أعراض مرضية متطرفة مثل الوساوس ونوبات الصرع وأحلام اليقظة المتطرفة، توهم المرض، الهستيريا باستمرار.

(١) تظهر عليه أعراض مرضية بعض الأحيان.

(٢) تظهر عليه أعراض مرضية خفيفة عندما يواجه بضغوط خارجية وداخلية.

(٣) سلوكه طبيعي لا يتطرف في سلوكه، ولكن يلاحظ عليه بعض السلوكات غير التكيفية في بعض الأحيان.

(٤) سلوكه طبيعي لا يتطرف في سلوكه ولا يظهر أي سلوك دال على أعراض مرضية أو سوء التكيف.

٣ ـ مدى الحاجة للرعاية والحنان:

(٠) يتمسح بالكبار ويتعلق بهم لجذب انتباههم بأية طريقة وبشكل ملح.

(١) تصدر عنه دائماً سلوكات من مثل الكلام الزائد والبكاء لجذب انتباه الأخرس إليه والحصول على حنانهم ورعايتهم.

(٢) تبدو عليه أحياناً بعض السلوكات المستهجنة التي غرضها جذب الاهتمام والحصول على الحنان ويستجيب للحنان بشكل غير ملائم.
(٣) يتقبل الحنان ويستجيب له بشكل غير ملائم لكنه لا يطلبه بإلحاح.
(٤) يتقبل الحنان ولا يطلبه بإلحاح ويستجيب له بشكل ملائم.

٤ ــ مقاومة الإحباط:

(٠) متلبد، غير واعٍ لمواقف الإحباط، يبدو عليه الذهول، أو الهيجان دون سبب ظاهر.
(١) ينفعل بشدة أو ينسحب بعيداً أو يلجأ للسلوك العدواني لموقف إحباط بسيط.
(٢) مواقف الإحباط المتوسطة الشدة تستدعي فيه دفاعات من نوع الانفعال أو الانسحاب العدواني أو السلوك غير اللفظي.
(٣) يلجأ في الحالات التي يكون فيها الإحباط شديداً إلى سلوكات دفاعية من نوع العدوان أو الانفعال والانسحاب.
(٤) يبدي محاولات معقولة واقعية لمواجهة مواقف الفشل والإحباط.

٥ ـ تقديره لذاته ولقدراته:

(٠) غير واعٍ لذاته أو قدراته.
(١) تقديره لذاته غير واقعي حتى عندما يكون الموضوع محدداً وواضحاً.
(٢) تقديره لذاته واقعي إذا كان الموقف واضحاً ومحدداً وكان هنالك توجيه مباشر.
(٣) في كثير من الأحيان يدرك الحدود التي يمكن أن يتصرف فيها.
(٤) تقديره لذاته واقعي ويعرف حدوده ويمكن أن يكون تقديراً عن غيره.

٦ ـ السلوك الجنسي:

(٠) ينزع إلى أنماط السلوك الجنسي المنحرف، بدون وعي أو ضابط.
(١) ينزع إلى السلوك الجنسي المنحرف ولكنه يكبح نفسه أمام ضبط الكبار وتوجيههم.
(٢) ينزع إلى السلوك الجنسي ولكن يضبط نفسه بوجود الآخرين.
(٣) نادراً ما ينزع إلى السلوك الجنسي المنحرف ويضبط نفسه بتوجيه عام.

(٤) منضبط في سلوكه الجنسي.

٧ ـ مستوى النشاط:

(٠) لا يهدأ، لا يستقر على حال، مهذار يتكلم أو يصدر عنه أصوات بشكل غير منقطع.
(١) تصدر عنه السلوكات السابقة في أكثر الأحيان ولكن يمكن ضبطها بواسطة الضبط والإشراف والتوجيه المباشر.
(٢) تصدر عنه السلوكات السابقة في أكثر الأحيان ولكن يمكن ضبطه إذا كان هنالك إشراف عام.
(٣) تصدر عنه السلوكات السابقة أحياناً ويمكن ضبطه عن طريق الإشراف العام.
(٤) معتدل في حركته ونشاطه وكلامه.

٨ ـ التصرفات المستهجنة:

(٠) يمارس عادات وتصرفات غير مقبولة مستهجنة مثل العبث بالنفايات، اللعب بالبصاق والبراز، يلوك أو يمص أصابعه أو أجزاء أخرى من جسمه.
(١) تصدر عنه تصرفات مستهجنة دائماً ولكن يمكن ضبطها إذا كان هنالك إشراف وتوجيه مباشر.
(٢) تصدر عنه تصرفات مستهجنة دائماً ولكن يمكن ضبطها إذا كان هنالك إشراف عام.
(٣) تصدر عنه تصرفات مستهجنة أحياناً ولكن سرعان ما يضبط نفسه من تلقاء نفسه.
(٤) يحاول أن يكون مهذباً لبقاً يلاحظ نفسه ويلاحظ الآخرين.

الجدول (١): تقدير مستوى السلوك التكيفي ومستوى الإعاقة العقلية للمفحوص المناظرين لأدائه على البعد والمجال والمقياس الكلي

مدى الذي يقع ضمنه الأداء الفعلي للمفحوص في:			تقديره مستوى أداء المفحوص المناظر للتقدير على الفقرة (*)	تقدير مستوى الإعاقة العقلية (**)	
البعد	المجال	المجال الكلي		تحت سن ١٢	فوق سن ١٢
٠-٧	٠-١٥	٠-٩٥	٠-١	شديدة	شديدة
٨-١٥	١٦-٣١	٩٦-١٩١	١-٢	معتدلة شديدة	
١٦-٢٣	٣٢-٤٧	١٩٢-٢٨٧	٢-٣	بسيطة/حدود الضعف العقلي	معتدلة/ بسيطة
٢٤-٣٢	٤٧-٦٤	٢٨٨-٣٨٤	٣-٤	حدود السواء	حدود السواء

* يعتبر مستوى الأداء على الفقرة الأساس تدريج أداء المفحوص على المقياس، ويكون سلّم تدريج الأداء على الفقرة نفسه السلم لتدريج تكيف المفحوص معبراً عنه في أدائه على البعد أو المجال أو المقياس الكلي.

** اعتمد هذا التصنيف «لمستويات الإعاقة المناظرة لمستويات الأداء» على النتائج المستخلصة في دراسة استخدم فيها مقياس للسلوك التكيفي مماثل للمقياس الحالي.

(الكيلاني، ١٩٨١).

- شرح لمستوى السلوك التكيفي الذي حصل عليه الطالب المفحوص صاحب العمر ٧ سنين و١٠ أشهر:

حصل الطالب على ١٣٣ درجة، لمجموع كلي للمجالات الستة: وتقع هذه الدرجة بين ٩٦-١٩١ بناءً على المقياس الكلي الذي حدد من قبل الدكتور الكيلاني والبطش. ويقع أداء المفحوص على الفقرة الثانية (١-٢).

أما عن تقدير مستوى الإعاقة العقلية تحت سن ١٢ سنة، فتكون فئة الإعاقة المعتدلة.

منها:

١ ـ **مراكز الإقامة الكاملة**: لذوي الاضطرابات الانفعالية الشديدة. وخاصة حالات انفصام الطفولة.

يلتحق هؤلاء الأطفال بأقسام خاصة في مراكز التربية الخاصة أو المستشفيات، ويتلقون برامج علاجية صحية وتربوية مناسبة.

٢ ـ **مراكز التربية الخاصة النهارية**:

ويلحق الأطفال ذوي المشكلات الانفعالية المتوسطة في هذه المراكز، حيث يتلقون البرامج التربوية المناسبة لهم.

٣ ـ **دمج الطلبة ذوي الاضطرابات الانفعالية البسيطة في الصفوف الخاصة** الملحقة بالمدارس العادية، بحيث يتلقون برامج تربوية وتعليمية مناسبة لهم. مع الاستعانة ما أمكن بالوسائل التعليمية المتوفرة في غرفة المصادر، والجو المدرسي العادي في المدرسة العادية.

٤ ـ **دمج الطلبة ذوي الاضطرابات الانفعالية البسيطة في الصف العادي في** المدرسة العادية، بحيث يتلقى هؤلاء الطلبة نفس البرامج والمناهج المقدمة للطلبة العاديين، في الصفوف العادية.

المبحث الرابع
مراحل ومظاهر النمو الانفعالي

١ ـ منذ الميلاد إلى نهاية السنة الأولى:

تتميز تلك المرحلة بالآتي:

١ ـ يكون الطفل معتمداً اعتماداً كبيراً على الآخرين في إشباع حاجاته البيولوجية والنفسية الأساسية.

٢ ـ توجد علاقات هامة بين الحاجات البيولوجية والسيكولوجية للطفل وبين الأم ومنها:

أ ـ عناق الأم للطفل وملاطفته.

ب ـ المناغاة التي تصدر عن الطفل الرضيع.

٢ ـ من سن سنة إلى ثلاث سنوات:

أ ـ تعتبر تلك الفترة من فترات نمو الإدراك الذاتي **ونمو الأنا**[١].

---

(١) والأنا هو (EGO): الجزء المنظم من الهو، وأنه يخرج إلى الوجود لتحقيق أهداف الهو ولا يحبطها فإذا كان الهو: هو مستودع الطاقة النفسية، ويطلق عليه الواقع النفسي الحقيقي، ويتكون من كل ما هو موروث وموجود سيكولوجياً منذ الولادة. ومختصره (ID).

فالأنا الأعلى (super EGO): هو الممثل الداخلي للقيم التقليدية للمجتمع، وهو الدرع الأخلاقي للشخصية، ويتعلق بكل ما هو مثالي وليس ما هو واقعي. فينمو الأنا ويصبح المحور المتكامل للشخصية الذي ينظم كل خبرات الحياة ويقيمها، ويعطي الأنا الأساس الذي يواجه به الفرد مشكلات حياته.

ب ـ وتكون تلك الفترة من الفترات الهامة لنمو الاستقلال والاعتماد على النفس.

جـ ـ تكون تلك الفترة من النمو. . متميزة بحب الاستطلاع والاستكشاف.

د ـ تتميز تلك الفترة بالاستجابة الشائعة للأحداث غير المألوفة، وغير المتوقعة التي تثير الخوف والقلق.

٣ ـ من سن ثلاث سنوات إلى ست سنوات:

أ ـ تنمو لدى الطفل مهارات لفظية وغير لفظية.

ب ـ تصبح العلاقات بالرفاق وثيقة وبصورة متزايدة.

جـ ـ تصبح أنشطة اللعب جماعية حيث تتطلب تعاوناً أكثر من الآخرين.

د ـ ينمو السلوك الموجه تجاه التحصيل ويتوقف على درجة وأشكال الدعم التي يحصل عليها الطفل.

٤ ـ من سن ٦ ـ ١٣ سنة:

١ ـ تعتبر تلك المرحلة بداية فترة التعلم المدرسي، ومن خلالها يتعلم الطفل مهارات ومعارف جديدة هامة.

٢ ـ يشارك الطفل في أنشطة متنوعة مع زملائه وخاصة في الأنشطة والجماعات غير الرسمية.

٣ ـ يظل تأثير الوالدين على الطفل له أهمية وخاصة فيما يتعلق بذاته وتقديرها.

٤ ـ يستمر النمو الخلقي في الازدياد والتطور، قد ينحرف الطفل في تلك المرحلة سلوكياً أي يأخذ شكل تخلف في السلوك الاجتماعي والانفعالي، فيمكن أن نقول إن هذا الطفل مضطرب انفعالياً.

المبحث الخامس
العوامل المسببة للاضطرابات السلوكية

يعزى العلماء النفسيون اضطرابات السلوك إلى الصراعات النفسية الداخلية التي تعمل في نفس الفرد، لذا يجب أن تعالج تلك الاضطرابات قبل بدء العملية التعليمية.

الأسباب:

١ ـ أسباب سيكولوجية.
٢ ـ أسباب نفسية اجتماعية.
٣ ـ أسباب فسيولوجية.

(الشرح):
الأسباب السيكولوجية:

من أهمها ما يلي:

أ ـ الإحباط.

فالإحباط حالة تتضمن تهيج الحالة المزاجية، أو الاستجابة للمواقف بطريقة انفعالية، والإحباط هو حالة تنتج عن التأخير في الحصول على إثابة للسلوك، أو عن إعاقة تحقيق الأهداف، كأن يعجز الشخص اتباع دوافعه مثل: أن الطفل يريد أن يكون في مكانه أو على قدر معين أو سلوك معين، ويفشل في تحقيق تلك المكانة، فيصاب بالإحباط، وينحرف سلوكه، ويأخذ شكل العدوان أو العنف أو أي سلوك شاذ.

٢ ـ الأسباب النفسية الاجتماعية:

تدرس بعض النظريات العوامل النفسية في محيط الأسرة، ومن خلال الخبرات

المبكرة السارة وغير السَّارة، والبحث في الخبرات المكبوتة، والتي تستمر في أداء دورها في توجيه السلوك. وقد تلعب علاقة الأم بالطفل دوراً هاماً وخاصة إذا تعرضت إلى الانقطاع أو الفصل، أو تعرضت العلاقة الزوجية إلى صراعات، وبالتالي تؤدي إلى الانحرافات السلوكية، وكذلك المحيط الخارجي. (رفقاء السوء)، وخاصة إذا لم يضبط ويوضع له نظام صارم، كأن تتسامح الأم مع الطفل وتدلله، وتترك له الحبل على الغارب، أو تترك لميوله العنان أو تشجعه على العدوان.

٣ ـ الأسباب الفسيولوجية:

تتصل هذه الأسباب بالأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي، حالات تهيج أحياناً، وعدم تقدم في التحصيل الدراسي.

كذلك يعتقد البعض بأن العوامل الجينية قد تكون أسباباً في بعض الأمراض العقلية كالفصام مثلاً.

المبحث السادس

تصنيف الاضطرابات السلوكية الانفعالية والاجتماعية

يمكن ذكر ثلاثة أنماط من الاضطرابات السلوكية بناءً على دراسة قام بها (هويت وجينكتر) وهي:

١ ـ **الطفل العدواني**: سيىء التنشئة الاجتماعية.

هذا الطفل يتحدى كل سلطة، قد تصل اتجاهاته إلى التخلف العقلي دون أن يدخل في نطاقه.

فالشخصية السيكوباتية من أمثال تلك الأصناف، وهي عرضة لتقلبات انفعالية، مع تأرجح بين المرح والاكتئاب، وتتميز بفجاجة الانفعال مع قصور بالغ في الحكم، وعجز عن الإفادة والتعلم من التجربة.

أمثال: نزلاء السجون نظراً لأنهم يتميزون بالاندفاع إلى العدوان وعدم التعلم من التجربة.

٢ ـ **الطفل العدواني المتطبع اجتماعياً**:

يحمل هذا النمط كثيراً من خصائص الطفل السابق. والفرق هو: أن الطفل الذي في تلك الفئة، يكون أكثر اندماجاً مع جماعة الرفاق، وغالباً ما تكون تلك الفئة ذات ميول مدمرة وهدامة.

٣ ـ **حالات الكف الزائد**:

طفل تلك الفئة يتميز بأنه خجول ويميل إلى الانسحاب من المواقف الاجتماعية وشديد الحساسية ويميل إلى الخضوع.

تقسيم اضطرابات السلوك:

يمكن تقسيم اضطرابات السلوك إلى قطاعين رئيسيين هما:

١ ـ سوء التوافق الاجتماعي.

٢ ـ الاضطراب الانفعالي.

الشـــرح:

أولاً: مشكلات سوء التوافق الاجتماعي وتنقسم إلى:

١ ـ مشكلات تسبب مضايقات للآخرين نظراً لما يلي:

أ ـ أن هذه الأشكال من السلوك لا تكون مقبولة من جانب المجتمع.

ب ـ قد تجد تلك السلوكيات مساندة من جماعة الرفاق الصغيرة، إلاً أنها تلقى معارضة من الأسرة والمدرسة.

٢ ـ يتميز سوء التوافق الاجتماعي بأشكال السلوك العدواني ومنها:

أ ـ العصيان.

ب ـ المضايقة.

جـ ـ روح التعدي.

د ـ عدم التعاون.

ثانياً: مشكلات الشخصية والاضطرابات الانفعالية:

صنفت الرابطة الأمريكية للطب النفسي الاضطرابات الانفعالية على النحو الآتي:

١ ـ الاضطرابات الذهانية (الذهان الوظيفي) ومنها الفصام.

والفصام مرض ذهاني يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية، وتؤدي إلى اضطراب وتدهور في الشخصية والسلوك وأهم أعراض تلك الاضطرابات، اضطرابات التفكير والوجدان والإدراك.

أ ـ اضطرابات الوجدان وتضم التذبذب الانفعالي وعدم التجاوب والتبلد الانفعالي.

ب ـ اضطرابات الإرادة:

وأهم ما يميزه: فقد قوة الإرادة وعدم مقدرة المريض على اتخاذ أي قرارات.

جـ ـ الهذاءات والضلالات:

(أي الاعتقاد الخاطىء والمرتب والمنسق الذي يؤمن به المريض).

مثل ضلالات العظمة والاضطهاد والتوهم والهذاءات هي الكلام مع النفس من غير دراية.

د ـ الهلاوس: وتشمل الهلاوس السمعية والبصرية واللمسية والشمية.

٢ ـ **الاضطرابات العصابية** (العصاب) تعتبر تلك الاضطرابات أقل خطورة من الاضطرابات الذهانية.

من أمثال تلك الاضطرابات **القلق**:

القلق مرض مستقل، وهو عبارة عن شعور غامض، وغير سار يصحبه شعور بالخوف والتحفز والتوتر، مصحوب ببعض الإحساسات الجسمية، وخاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي مثل الشعور بالفراغ في فم المعدة والضيق في الصدر والتنفس والصداع والشعور بنبضات القلب.

٣ ـ **الاضطرابات العضوية في المخ**.

الاضطرابات المخية تكون مسؤولة عن بعض اضطرابات السلوك، ويكون التشخيص على أساس طبي.

٤ ـ **التخلف العقلي وملاحظة السلوك**.

وقد سبق الكلام فيه.

المبحث السابع
الوقاية من الاضطرابات السلوكية

تعريف الوقاية:

تعرف الوقاية: على أنها عمل مخطط يقوم به الفرد أو المجتمع تحسباً لظهور مشكلة معينة.

مستويات الإجراءات الوقائية:

المستوى الأول: تعديل الظروف في المؤسسات الاجتماعية أقل ما تكون.

أي بمعنى: البحث عن الأسباب التي تؤدي إلى الاضطرابات السلوكية، والعمل على إزالتها أو التقليل منها بأقل قدر ممكن.

المستوى الثاني: وهذا المستوى مهمته اكتشاف المجموعات البشرية المعرضة للمرض النفسي والاضطراب السلوكي.

المستوى الثالث: والهدف من هذا المستوى هو توقي الانتكاس والحيلولة دون أن يكون المرض مزمناً، وتقليل مزمن بقاء المرضى داخل المستشفيات، وليس الهدف من الوقاية أو العلاج.

الاهتمام بالتنشئة الاجتماعية العادية للأطفال: بمعنى أن يتم العمل في مجال الاضطرابات السلوكية بصفة تكاملية، بحيث يجعل من كل المؤسسات والوظائف أدوات وقاية لا أدوات علاج.

المبحث الثامن

علاج الاضطرابات الانفعالية وسوء التوافق الاجتماعي

تدريب المهارات الاجتماعية للطفل:

تتكون كثير من أنواع السلوك بفعل التعلم من الآخرين عن طريق الملاحظة (نظرية التعلم الاجتماعي) Bandura (1979).

وقد خلصت تلك النظرية إلى أن جوانب الاضطراب النفسي (العدوان ـ القلق) مثلاً تكتسب من الآخرين عن طريقة ملاحظة الطفل لهم.

وتشير بعض الدراسات إلى أن علاج الأطفال من الظواهر المرضية يتم بالطريقة نفسها. أي بملاحظة أشخاص آخرين يتفاعلون بطمأنينة ودون خوف.

فالمحاكاة والملاحظة الدائمة تكسب الطفل رصيداً سلوكياً جيداً.

محاكاة الأب، محاكاة أي فرد من أفراد الأسرة، محاكاة الأقران والجيران.. الخ.

فاتباع أسلوب العقاب دوماً، تعتبر طريقة ممقوتة، إذ إنه يشجع الطفل على العدوان، وهذا أسلوب مرفوض تربوياً.

وتوضح نظرية حديثة في العلاج الأسري: أن هناك ارتباطاً قوياً بين مخاوف الطفل ومخاوف والديه (Madanes 1988).

وهناك أسر تخاف من الحيوانات أو تحكم فيها اضطرابات نفسية كالقلق أو تنشر فيها اضطرابات سيكوسوماتية، كالصداع والأرق.. الخ.

في الغالب اكتُسبت تلك الاضطرابات بفعل ملاحظة أفراد الأسرة الآخرين.

ولا يرجع كل ذلك للوراثة.

وقد تصل عمليات التعلم الاجتماعي بالطفل أو البالغ إلى نحو أنماط من الاضطرابات الشديدة بما فيها الاضطرابات العقلية.

وقد تسهم عمليات التعلم الاجتماعي في ظهور اضطرابات اجتماعية بدرجات متفاوتة، مثل ضعف قدرة الشخص على التفاعل مع الأسرة، أو مع المحيطين بالطفل في المدرسة.

إن القصور في المهارات الاجتماعية يسبب اضطراباً نفسياً كالخجل مثلاً.

وقد يصحب القصور الاجتماعي، مثلاً من الاضطرابات النفسية، مثل الاضطرابات العصابية والذهانية والسيكوفيزيولوجية (**أمثلة للقصور الاجتماعي**).

العجز عن الاحتكاك البصري، أو تبادل الحوار، والجمود الحركي، وعدم الاستجابة للتفاعل الاجتماعي.

نماذج من الطرق العلاجية القائمة على نظرية التعلم الاجتماعي:

التعلم بالقدوة - تدريب القدرة على تأكيد الذات - القدرة على الاقتداء وملاحظة النماذج - لعب الأدوار.. الخ.

الشـــرح:

١ - الاقتداء وملاحظة النماذج:

عندما يُعرض فيلم يمثل العدوان، نرى أن الأطفال يحاكون المشاهد التي كانت في الفيلم، وقد عرض فيلم أمام مجموعة من الأطفال لدمية وطفل، وكان

---

(١) دورية عالم المعرفة - الكويت - العدد ١٨٠ جمادي الآخرة ١٤١٤ هـ - ديسمبر كانون أول ١٩٩٣ م.

(٢) د. رضوان إبراهيم.

(٣) د. عبد الستار إبراهيم.

(٤) د. عبد العزيز عبد الله الدخيل ص ١٠٣ - ص ١١٨.

الطفل يركل الدمية بقدميه، ثم يمزقها، وأخذ ينشر حشوها هنا وهناك، وقد بنيت الدراسة التي قام بها العالمان (باندورا، وراس) (Bandura & Ross 1979) إن الأطفال الذين شاهدوا هذا الفيلم كانوا يلجأون عند الإحباط لاستخدام نفس الأسلوب العدواني، عندما كان يسمح لهم باللعب مع دُمى متشابهة.

(ركل ـ ضرب ـ تمزيق):

لقد أثبتت التجارب المشابهة، بأنه بالإمكان اكتساب كثير من جوانب السلوك المرضي.

وغير المرضي من خلال مشاهدة الآخرين وملاحظة النماذج.

يخلص من ذلك بأن التعلم عن طريق القدوة يؤدي إلى اكتساب كثير من المهارات الاجتماعية واستخدامه بطريقة فعالة يمكن إحداث تغيرات سلوكية إيجابية في العديد من أنواع السلوك البسيط، والمركب، كالطلاقة اللغوية بين الأطفال المصابين بعيوب الكلام مثلاً.

ويمكن أن يكون التلفزيون بما يقدمه من برامج تعرض نماذج سلوكية وقيم واتجاهات تهدف إلى تدريب الأطفال على اكتساب كثير من الجوانب السلوكية المرغوب فيها.

وكذلك عن طريق تقليد الآباء، ويستطيع الأطفال اكتساب مهارات اجتماعية ملائمة ومرضية. ولهذا الأسلوب دوره المتميز في علاج الأطفال المصابين بالاضطرابات العقلية كالفصام والأمراض الذهانية.

ومن المحاولات العلاجية التي قام بها لوفاس (Lovaus 1987) في هذا المجال، عرض نماذج لتعليم اللغة، وبعض المهارات الاجتماعية الضرورية لخلق التفاعل الاجتماعي، كالتدريب على الاحتكاك البصري، وتبادل التحية بين الأطفال الفصاميين كما تم التعاون بين (لوفاس) وزملائه Walder, Nelson & (Freitay 1987) في استخدام أسلوب عرض النماذج، واستخدام القدوة في تعليم مهارات الرعاية الذاتية مثل غسل الوجه وترتيب الحجرة، والملابس والاستحمام).

وتمكن أوكانِر (Ocanner 1969).

من معالجة حالات الانسحاب الاجتماعي والخجل والقلق بالطريقة التالية:

١ ـ سمح لمجموعة من الأطفال بمشاهدة فيلم قصير معد خصيصياً لتدريب المهارات الاجتماعية، مثال: طفل غريب وجديد على مجموعة من الأطفال تلعب وتناقش فيما بينها، يقترب منها الطفل تدريجياً، ويدخل معها في حوار إلى أن يصبح جزءاً منها.

٢ ـ سمح لمجموعة أخرى من الأطفال بمشاهدة فيلم آخر ليست له علاقة بتدريب المهارات الاجتماعية، وقد تبين من المقارنة أن قدرة الأطفال في المجموعة الأولى قد زادت على قدرة مجموعة الأطفال الضابطة (المجموعة الثانية) فيما يتعلق بكثير من المهارات الاجتماعية، بما فيها من القدرة على التفاعل الاجتماعي وخلق موضوعات جديدة للحديث.

ومن التطورات المفيدة لتطبيق هذا الأسلوب علاج الاضطرابات الطبية.

فقد تم إعداد فيلمٍ ملون لمساعدة طفل مصاب بمرض السكري بإسعاف نفسه وحقن نفسه بالأنسولين بطريقة تدريجية كذلك استفاد كثير من الأطفال من تطبيق هذا الأسلوب في القيام بالرحلات والمعسكرات الصيفية التي كان يتعذر عليهم القيام بها من قبل.

شروط فاعلية القدوة:

١ ـ وجود قدوة فعلية، وقدوة رمزية من خلال فيلم أو مجموعة من الصور المسلسلة الخ.

٢ ـ يجب أن يكون النموذج (القدوة) مقبولاً من الطفل من حيث الجاذبية، توافق القيم، والتماثل في بعض الخصائص الشخصية بين الطفل والنموذج والأطفال دائماً يتأثرون بالنماذج الناجحة أكثر من الفاشلة ومن حيث تقبل النموذج: يتقبل الطفل النموذج الذي يثيبه إثابة إيجابية عن أفعاله، لكنه لا يتقبل النموذج الذي يلقي العقاب أو الاستهجان. وللاقتداء بالوالدين نفس الشروط السابقة مثل:

١ ـ أن يقضي الطفل مع والديه وقتاً طويلاً خلال عملية التنشئة.

٢ ـ أن يكون الوالدان على قدر مرتفع من الجاذبية للطفل.

٣ ـ أن يكونا مقبولين للطفل حسب المعايير الأسرية المعروفة.

٢ـ تدريب القدرة على تأكيد الذات:

يستخدم هذا الأسلوب في علاج حالات القلق، الناتجة عن العجز عن التعبير بحرية عن المشاعر في المواقف الاجتماعية.

ويستخدم هذا الأسلوب لتحقيق ثلاثة أهداف هي:

١ ـ تدريب الطفل على الاستجابات الاجتماعية الملائمة. مثل: التحكم في نبرات الصوت واستخدام الإشارات، واحتكاك البصري.

٢ ـ تدريب القدرة على التعبير الملائم عما يشعر به الطفل (التعبير الحر عن المشاعر والأفكار، مثل تدريب القدرة على الاستجابة بالغضب أو بالإعجاب أو التراضي وغير ذلك من المشاعر).

٣ ـ تدريب الطفل على الدفاع عن حقوقه دون التحول إلى العدوانية أو الاندفاعية، وتأخذ حفظ هذه القدرة مسارات منها:

١ ـ التدريب بدقة على التمييز بين العدوان، وتأكيد الذات.

٢ ـ التدريب على التمييز بين الانصياع (الخضوع) وتأكيد الذات.

٣ ـ استعراض نماذج لمواقف مختلفة، تظهر كفاءة استخدامات هذه القدرة.

٤ ـ التدريب على تشكيل السلوك تدريجياً، حتى يصل الطفل إلى مستويات سلوكية مرغوب فيها.

٥ ـ التدعيم الإيجابي للسلوكيات التي تدل على تأكيد الذات، ولفت نظر الطفل إليها.

٦ ـ علاج المخاوف الاجتماعية والاستجابات العدوانية.

التدريب على قدرة تأكيد الذات[1] Self - assertion:

التدريب على الجوانب اللفظية وغير اللفظية من حيث السلوك اللفظي يتم الانتباه إلى جوانب التعبير اللفظي المختلفة مثل:

١ ـ أن تكون العبارة مباشرة وفي صلب الموضوع.

---

(١) تحقيق أهداف الشخص ولو على حساب الأخرى. وهي تعرف أيضاً بحب التسلط الذاتي.

٢ ـ أن تكون العبارة حازمة في غير عدائية.

٣ ـ أن تعكس اللغة المستخدمة هدف المتحدث تماماً دون لف ودوران.

٤ ـ يجب أن يكون التوضيح الذي تقصده العبارة قصيراً.

من حيث جوانب السلوك غير اللفظي:

١ ـ الاحتكاك البصري الملائم.

٢ ـ المحافظة على مستوى صوت معتدل.

٣ ـ التدريب على نطق العبارة دون لجلجة.

٤ ـ المحافظة على وضع بدني يتسم بالثقة ويبتعد عن العصبية.

٣ ـ لعب الأدوار السلوكية:

يعتبر لعب الأدوار منهجاً آخر من مناهج التعلم الاجتماعي.

فقد يطلب المعالج من الطفل الذي يشكو من الخجل مثلاً: أن يؤدي دوراً مخالفاً لشخصيته، كأن يقوم بدور طفل عدواني أو جريء، تلك طريقة تستخدم في تدريب المهارات الاجتماعية (القيام بالدور ونقيضه). أي الانتقال من الدور الخجول إلى الدور الجريء، وأن هذا الأسلوب يزيد من فاعلية الأطفال على التفاعل الاجتماعي، وأنه يمثل طريقة جيدة لتحرير الطفل من القلق الذي يتعرض له في المواقف الحية.

ويوضح أرجايل (Argyle 1989) أن هناك أربع مراحل على المعالج أن يتقنها لكي يستفيد من هذا الأسلوب وهي:

١ ـ عرض السلوك المطلوب تعلمه أو التدريب عليه واكتسابه من قبل المعالج، أو من خلال نماذج تلفزيونية مرئية أو تسجيلات صوتية.

٢ ـ تشجيع الطفل على أداء الدور مع المعالج أو مساعدته، أو مع طفل آخر.

٣ ـ تصحيح الأداء، وتوجيه انتباه الطفل لجوانب القصور فيه، وتدعيم الجوانب الصحيحة منه.

٤ ـ إعادة الأداء، وتكراره إلى أن يتبين للمعالج اتقان الطفل له.

٥ ـ الممارسة الفعلية في مواقف حية لتعلم الخبرة الجديدة.

المبحث التاسع
أساليب الكشف لقياس التشخيص في التربية الخاصة

يعتبر موضوع القياس من أهم الموضوعات في ميدان التربية الخاصة وذلك للتعرف إلى الأطفال غير العاديين وتشخيصهم وتحويلهم إلى المكان المناسب ومن ثم وضع البرامج التربوية المناسبة لهم وتقييمها فيما بعد.

ويستخدم الأخصائي في القياس لتشخيص مصطلحات شائعة مثل مصطلح القياس Assessment & nessurment ومصطلح أداة القياس أو الاختبار (Test, Scale, Check list- ومصطلح التقويم: (Evaluation) أو التشخيصي (Diagnosis) وسوف تتعرض إلى أساليب القياس وأدواته:

ومنها:

١ ـ أساليب القياس الطبية.

٢ ـ أساليب القياس السيكومترية (العقلية) كمقاييس الذكاء التقليدية المعروفة (مقياس ستانفورد بينيه) ومقياس وكسلر لذكاء الأطفال، ومقياس جودانف لرسم الرجل، ومقياس مكارثي للقدرة العقلية، ومقياس المفردات اللغوية المصورة).

٣ ـ أساليب قياس وتشخيص البعد الاجتماعي والتي ظهرت نتيجة للانتقادات التي وجهت للأساليب السيكومترية.

ومن المقاييس التي تعبر عن البعد الاجتماعي: **مقاييس السلوك التكيفي الاجتماعي: مثل:**

١ ـ مقياس فايلند للنضج الاجتماعي (The Vineland social Maturity Scale) لمؤلفه دول ١٩٥٣.

٢ ـ ومقياس كين وليفين للكفاية الاجتماعية (Cain - Livine social comretancy Scale).

٣ ـ ومقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي AAmr, ABS, 1969.

(The american Association o Mental Retardation, Adaptive Behavior Scale 1969).

والذي أعده نهيرا وزملائه.

Nihira K., et al 1975 & Lambert 1981).

مفهوم القياس:

يعرف مهرنز Mehrens 1975 بأنها تلك العملية التي تمكن الأخصائي من الحصول على معلومات كمية عن ظاهرة ما أو رقمية.

السلوك ومدى قربها أو بعدها من المعايير الخاصة بها ويعرفه: بأنه تلك العملية التي تحكم فيها على مظاهر ويؤيد ذلك كل من جلفورد Gulford 1954 وكيرلنجر Keerlinger 1973 وهوبكنز وستانلي Hopkins & Stanly ١٩٨١.

مفهوم أداة القياس:

تجمع التعريفات على تفسير لها يتمثل في أنها: (الطريقة أو الأسلوب الذي تقاس به صفة ما أو ظاهرة ما أو موضوع ما.

ويعرف مهرنز Mehrens 1975 أداة القياس على أنها: أداة منظمة لقياس الظاهرة موضوع القياس والتعبير عنها بلغة رقمية»[١].

وتظهر أدوات القياس في عدد من الصور: كالاختبار (Test) والمقياس (Scale) وقائمة التقدير Rating cheeklist.

---

(١) الروسان ـ ص ٢٦.

أنواع المقاييس:

١ ـ **المقياس الاسمي:** ففيه نعطي رقماً لكل اختبار أو مقياس مثل مقياس ستانفور بنييه، أو مقياس وكسلر أو مقياس السلوك التكيفي.

٢ ـ **أما النوع الثاني: فهو مقياس الرتب** (Rank or ordinral Scale) والذي فيه يتم تصنيف موضوعات القياس إلى فئات حسب أهميتها وأفضليتها تنازلياً أو تصاعدياً دون أن يعكس ذلك مدى الفروق بين كل فئة وأخرى والأمثلة كثيرة: مثلاً يصنف الطلبة حسب صفوفهم أو مستوياتهم التحصيلية أو درجاتهم العلمية.

أما في التربية الخاصة فالتصنيف يكون حسب القدرة العقلية (موهوبون، متفوقون، عاديون بطيئو التعلم، معوقون عقلياً).

أو حسب قدرتهم السمعية (عاديون ـ ذوو إعاقة سمعية بسيطة، ذوو إعاقة متوسطة، ذوو إعاقة سمعية شديدة) وهكذا.

٣ ـ **أما النوع الثالث:** فهو مقياس الفترات Internal scale ويتم تصنيف موضوعات القياس إلى فئات حسب أهميتها وأفضليتها تنازلياً أو تصاعدياً، ولكنه يعكس مدى الفروق الحقيقية في ذلك التصنيف، لذا يتصف هذا المقياس بوحداته المتساوية، ويسهل إجراء العمليات الحسابية الأربعة لنتائجة.

ويتميز بوجود ما يسمى بالصفر الفرضي فيه (Arbitrary Zero) والأمثلة الواردة في هذا المقياس هي الأمثلة الواردة في مقياس الرتب.

٤ ـ **أما الرابع:** فهو مقياس النسبة (Ratio Scale) والذي يتوفر فيه مواصفات مقياس الفترات فيما عدا تميزه بوجود الصفر الحقيقي (Absolute (zero ولا يستخدم هذا المقياس في ميدان العلوم التربوية بشكل عام أو في ميدان التربية الخاصة بشكل خاص.

أدوات القياس:

تنقسم أدوات القياس إلى نوعين، حسب نوع المعايير المستخدمة فيها.

وهناك ما يسمى **الاختبارات محكية المرجع** ويطلق عليها مصطلح (Griterion Refer neced Test).

وفي هذا النوع من الاختبارات يتم تحديد المعيار أو المعايير من قبل الأخصائي أو المدرس وتوضع بناءً على ما يتوقع من المفحوص.

فمثلاً يتوقع أن يحقق (س) نسبة نجاح تصل إلى ٩٠٪ في حين يتوقع أن يحقق (ص) نسبة نجاح تصل إلى ٥٠٪ وهكذا.

وتستخدم مثل هذا النوع من الاختبارات في ميدان التربية الخاصة.

٢ ـ اختبارات معيارية المرجع:

ويطلق عليها (Norm Referenced Test) وفي هذا النوع من الاختبارات: تقارن أداء الفرد بأداء مجموعة مرجعية أو بأداء المجموعة المرجعية التي ينتمي إليها. كاختبارات الذكاء مثلاً حيث يقارن أداء الفرد بأداء المجموعة العمرية التي ينتمي إليها. وتستخدم مثل هذه الاختبارات في أغراض تصنيف الطلبة وتحديد مواقعهم على منحنى التوزيع الطبيعي مثلاً.

تقسم أدوات القياس:

إلى أدوات قياس مسحية مبدئية Screming test، وتسمى أحياناً أدوات القياس غير الرسمية (Informal test) وأدوات القياس المقننة (Standardizet test) وتسمى أيضاً بأدوات القياس الرسمية (formal testo) وتتميز تلك الأدوات المقننة بأن لها دلالات صدق وثبات ومعايير خاصة.

من أمثلة الأدوات المقننة: مقاييس الذكاء المعروفة لمقاييس ستانفورد بينيه أو وكسلر أو قياس تورانس للتفكير الإبداعي أو مقياس رينزولي لتقدير السمات السلوكية للطلبة المتفوقين أو مقياس الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي والمسمى مقياس السلوك التكيفي، أو قياس النيوي للقدرات السيكولغوية، أو مقياس بيركس لتقدير السلوك.

ومن أمثلة المقاييس المسحية السريعة في محلل التربية الخاصة: اختبارات القراءة حل اختبارات مهارات القراءة، واختبارات مهارات الكتابة في صورها الأصلية، واختبارات دوريل لصعوبات القراءة واختبارات سلنقرلاند المسحية للصعوبات اللغوية الخاصة. الخ.

مفهوم التقويم أو التشخيص:

أجمعت التعريفات على تفسيرات إجرائية في: إصدار حكم على ظاهرة ما أو موضوع ما، وفق معايير خاصة بتلك الظاهرة[1].

أهداف القياس والتقويم:

تتلخص أهداف عمليتي القياس والتقويم في: اتخاذ القرارات المناسبة التي تتعلق بتصنيف الطلبة ونقلهم أو إحالتهم إلى المكان المناسب وإعداد خططهم التربوية، وفي التربية الخاصة تبدو أهداف عمليات القياس والتقويم في النقاط التالية:

أ ـ تصنيف الطلبة غير العاديين إلى فئات أو مجموعات متجانسة.

ب ـ تحديد موقع الطلبة غير العاديين على منحنى التوزيع الطبيعي من حيث قدراتهم العقلية.

جـ ـ تحويل أو إحالة الطلبة غير العاديين إلى البيئات التربوية المناسبة لهم.

د ـ إعداد الخطط التربوية الفردية للطلبة غير العاديين.

هـ ـ إعداد الخطط التعليمية الفردية للطلبة غير العاديين والحكم على مدى فاعليتها.

و ـ إعداد برامج تعديل السلوك للأطفال غير العاديين والحكم على مدى فاعليتها.

شروط أدوات القياس والتقويم:

من شروط أدوات القياس: الصدق والثبات:

وينقسم الصدق إلى:

١ ـ صدق الاختبار:

ويقصد بصدق الاختبار: أن يقيس الاختبار ما وضع من أجله، أو صلاحية المقياس لقياس ما يقصد إلى قياسه. أو صلاحية الاختبار لقياس هدف أو جانب محدد وللصلاحية أشكال متعددة: منها:

صدق محتوى الاختبار ـ والصدق التلازمي للاختبار والصدق التنبؤي

---

(١) الروسان ـ ص ٢٦.

للاختبار، أو صدق بناء الاختبار وسنقوم بشرح بعض هذه الأشكال:

أ ـ صدق المحتوى:

ويقصد به: مدى تطابق فقرات المقياس مع مضمون أو محتوى أو هدف الاختبار ويسمى هذا النوع من الصدق: بالصدق الظاهري ويسمى أحياناً بصدق العينة من السلوك، ويمكن التحقق من صدق المحتوى للقياس: باتباع أسلوب المحكمين. حيث يطلب إلى عدد من المحكمين ذوي الاختصاص مراجعة فقرات المقياس للحكم على مدى مطابقة فقرات المقياس لمحتواه أو أهدافه[1].

٢ ـ ثبات الاختبار:

يقصد بثبات الاختبار أن يعطى الاختبار نتائج مماثلة أو متقاربة في قياسه لمظهر ما من مظاهر السلوك، إذا ما استخدم ذلك المقياس أكثر من مرة أو إذا ما استخدم بطرق أخرى.

وتبدو قيمة ثبات الاختبار: **في قدرته على الكشف عن الفرق في الأداء بين الأفراد:**

ويعبر عن ثبات الاختبار كعامل الثبات «C» Reliability Coefficient حيث يكشف معامل الثبات عن الفروق الحقيقية في الأداء بين الأفراد وهو ما يسمى بالتباين الحقيقي (True Varianc).

---

(١) يمكن الرجوع إلى كتاب أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة. د. فاروق الروسان ص ٣٢ ـ ٣٣، ١٩٩٦.

الفصل الخامس

التَّوَحُّـد (Autism)

مرض التوحد: هو خلل وظيفي في المخ.

وحتى الآن لم يصل العلم إلى تحديد أسبابه، أَما السِّن التي تظهر فيها، فهي السنوات الأولى من عمر الطفل (٣٠ شهراً) فيكون مرض التوحد في الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل ونادراً ما يكون بعد الخامسة[١].

ومن أسبابه ما يلي:

١ ـ إصابة الجينات مع إمكانية انتقالها وراثياً.

٢ ـ عدم القدرة على التخلص من الحمض الأميني الزائد الذي من نتائج تراكمه في الدم، تلف الجهاز العصبي ثم المخ.

٣ ـ الإصابة بأمراض معدية كالحصبة، والاختلال في عملية التغير الغذائي والكيميائي للخلايا.

٤ ـ وجود بعض التكوينات غير الطبيعية مثل مرض انتفاخ الرأس.

ملحوظة: إذا حدث التوحد للطفل الثاني أو الثالث، يكون الأمر هيِّناً بالنسبة للوالدين لاكتشافه، لأن المرض إذا كان في الطفل الأول، يكون من الصعب على الوالدين اكتشافه، لأن خبرة الوالدين وتجربتهم غير واضحة، ومحدودة في هذا المجال.

مظاهر هذا المرض:

من مظاهر هذا المرض ما يلي:

١ ـ ضعف التواصل: Communication وسبب ذلك ضعف اللغة المفهومة التي تساعد الطفل التوحدي على التواصل مع الآخرين، هذا بالنسبة للأطفال الذين لا يتكلمون، أما الأطفال الذين يتكلمون، فغالباً ما يكون كلامهم ترديداً لِما يسمعونه دون فهم (صدى).

٢ ـ ضعف في العلاقات الاجتماعية:

---

(١) سميرة السعد، ١٩٩٢م

وتشمل الضعف في اللعب الجماعي، وتفضيل العزلة على الاندماج مع الآخرين، وذلك بسبب عدم القدرة على فهم العلاقات الاجتماعية.

٣- المدى الضيق والمقيد من التصرفات والنشاطات تغلب عليهم النمطية النشاطات الروتينية؛ والذي يتمثل في حركات متكررة للجسم، أو حركات غير طبيعية، سواء بالأصابع أو الأعضاء الأخرى للجسم، وقد تصل إلى حَد إيذاء النفس.

الصفات الأولية لمرض التوحد:

١ ـ يتصرف الطفل التوحدي وكأنه أصم.

٢ ـ يردد الكلمات.

٣ ـ يضحك ويصرخ في أي وقت.

٤ ـ يقاوم الطرق الطبيعية للتعليم.

٥ ـ صراخ وبكاء واكتئاب شديد، الأسباب غير واضحة.

٦ ـ قهقهة بصوت عالٍ وبكاء بدون سبب.

٧ ـ يظهر وكأنه لا يحس بالألم، يقاوم التغير في الروتين.

٨ ـ لا يخاف من الخطر، لا يظهر عواطفه، ولا يحب أن يعطف عليه أحد.

٩ ـ متقلب المزاج، مهاراته الحركية غير متوافقة.

١٠ ـ لا ينظر في عيون الآخرين.

١١ ـ يظهر اهتمام غير مناسب لبعض الأشياء.

١٢ ـ مولع ببعض الأصوات والمذاقات، لديه تصرفات غير طبيعية نحو الطعام والنوم.

ملحوظة:

١ ـ ليس من الضروري توفر جميع هذه التصرفات في سلوك الطفل التوحدي، ولكن يتوفر بعضها.

٢ ـ قد يكون التوحد مصاحباً إعاقات أُخرى.

تشخيص المرض:

من الصعب تشخيص مرض التوحد، لأن هذا المرض مشابه لإعاقات أُخرى. فالتوحد إعاقة قائمة بذاتها، ولكنه يكون مصحوباً بإعاقات أخرى مثل الضعف العقلي أو الانفصام.. الخ فالأطفال التوحديون قد لا يبالون بالمناداة، ولا بالآخرين وكأنهم

مصابين بصعف السمع ويشخصون بأنهم ضعاف سمع. لكن الاختبارات الحديثة للسمع، أثبتت بأن التوحديين أفضل في السمع من غيرهم(١).

نسب التوحد:

تقول سميرة السعد: «يوجد التوحد كحالة واحدة في كل ١٠٠٠ شخص، وتقريباً ٧٠٪ من الذين شُخِّصوا كحالات توحد، يكونون في مستوى المتخلفين. (ضعف تحصيل).

والتوحد يكون عند الذكور أكثر منه عند البنات، والنسبة هي «٣,٥ إلى ١».

العلاج:

لذا ينبغي وضع خطة فردية لكل طفل توحدي على حدة.

خطوات الخطة:

١- تحديد السلوك المراد دراسته.

٢- تعريف السلوك المراد دراسته.

٣- قياس السلوك المراد دراسته.

٤- تصميم خطة للعلاج بالتعاون مع الأسرة والمدرسة.

٥- تقييم الخطة.

ويجب أن تتم كل هذه الخطوات من خلال اللعب، وخاصة الألعاب التي يحبها الطفل لأن ذلك يساعد على اكتسابهم الثقة بالنفس، ويزيد من تواصلهم الاجتماعي.

وأؤكد على ضرورة مشاركة الطفل في خطة العلاج، وذلك بتقديم معززات اجتماعية: مثل:-

١- لفظية وغير لفظية: كالمديح والثناء، وتقديم مكافآت مالية، أو تقديم مجلات، أو ألعاب يحبها الطفل.

٢- معززات رمزية: مثل: تقديم نجوم ورقية، قطع حلوى أو شيوكولاته، تسهم في تحسين سلوك الطفل وتدعم خطة العلاج.

وتتنوع الألعاب وتختلف من مكان إلى آخر: منها ما يفيد الجسم ويقوي العضلات المرتخية والمفاصل والأوتار ومنها ما يقوي الفكر، مثل الألعاب الرياضية

---

(١) سميرة السعد، ص١٤، ١٩٩٢م.

والأوتار ومنها ما يقوي الفكر، مثل الألعاب الرياضية والذهنية مثل العد والحساب، ومنها ما هو فني مثل الرسم والنحب والتعبير بالألوان، وهذا يعبر عن أحاسيسهم ومشاعرهم وتخيلاتهم ويقويها. وهذا يؤدي إلى تحقيق توافقهم الاجتماعي والنفسي والإنفعالي من خلال الاسقاطات اللاشعورية التي تظهر من خلال ممارسة الألعاب.

وأحياناً يستعمل أسلوب الإقصاء، كأسلوب تربوي، وليس كأسلوب عقابي، إذ يمكن تأديب الطفل بالعزل فترة محددة والعودة به إلى مكان اللعب عندما يعدل من سلوكه.

تقول السعد: «بأن هناك ثلاث طرق للعلاج ومحاولات لعلاج التوحد هي:

١- نفسي.

٢- طبِّي.

٣- علاج التصرفات والسلوك.

أما العلاج النفسي:

فيعتمد على أن التوحد، اضطراب عاطفي سببه الرئيسي، عدم التواصل مع الوالدين، والعلاج قد يكوف في تغيير البيئة السكنية للطفل. أي إدخاله إلى مصحَّات أو بيوت داخلية كالمستشفيات ونحوها.

أما العلاج الطبي:

استعمل فيه التخدير للتهدئة والمعالجة بالفيتامينات.

أما المعالجة بتغيير التصرفات:

يتبع في ذلك تعليم التصرف المناسب، وإلغاء غير المناسب، وهذه الطريقة تعتمد على التعليم الخاص، ويمكن اتباع أسلوب الطفل، فهو مبني على النظرية المعرفية، بمعنى أن يفهم الطفل التوحدي ما هو حادث له في أي لحظة تبعاً لجدول، أو ما يحيط به من ظروف، وليس فقط على مبدأ المكافأة.

ومن ضمن العلاجات: اتباع الأسلوب الاجتماعي. العلاقة الاجتماعية ضعيفة عند التوحديين، وتؤكد هنا على أهمية التدريب للمهارات الاجتماعية، وخاصة في موقعها الطبيعي أمام الطفل، من خلال اللعب والتصوير والتكرار.

ويمكن استعمال الأساليب الآتية في تعديل سلوك الطفل التوحدي.

١- التعبير عن عدم الرضا عن سلوكه بكلمات مثل: **أُسكت - لا تفعل هكذا - هذا خطأ.**

٢- إبعاد الطفل عن الجو المثير لسلوكه - مثل تغيير مكان لعبه أو مكان أدواته التي يلعب بها.

٣- إغراق الطفل بالألعاب التي يحبها، مما يجعله يترك هذه السلوكيات بسبب الملل الذي يصيبه من ممارسة هذه الألعاب.

ولهذا وجب إشراك الأسرة في العلاج من خلال تثقيف الأسرة من خلال المحاضرات والندوات، وإشراكهم في المؤتمرات(١).

دور الآباء والمربين في علاج التوحد:

من الملاحظ أن تكون مهمة المعلمين داخل المدرسة أسهل من مهمة الآباء.

ومن هذا المنطلق يمكن أن تعطي المدرسة للطفل الفرصة لتعلم مهارات حركية، ومساعدته في تعلم أشياء من خلال الصورة والجسم (الموديل).

من هنا يجب أن يعرف المعلم متى يتدخل، ومتى يبقى مرقباً، وهذا يأتي للمعلم بالتجربة والخبرة، ومجالات تدخل المدرسة كثيرة منها: طابور الصباح، الحفلات، الأعياد.

أما دور الآباء:

بحكم كون الوالدين هم ألصق الناس بالطفل التوحدي، وهم الذين يحتضنونه ويهتمون به، وهم أصبر الناس وأحبهم وأعطفهم عليه.

وهذه الإجراءات تتضمن ما يلي:

١- دمج الطفل التوحدي في المجتمع ومساعدته التأقلم مع أسرته.

٢- جذب انتباه الطفل من خلال مناغاته والغناء له.

٣- السيطرة على التصرفات الصعبة للطفل التوحدي، إن أقدر الناس على السيطرة علي تصرفات الطفل هم الأشخاص المقربين منه، وأحبهم له ومعرفتهم به.

على الوالدين: الحذر من إيذاء الطفل لنفسه، لذا ينبغي مداقبة الطفل عند عبور الشارع، أو دخول البحر أو استعمال النار.

ملحوظة هامة:

هذه فكرة مبسطة عن التوحد، وسنفرد للتوحد بحثاً خاصاً ومساحة أكبر من هذه المساحة. إن شاء الله تعالى في المستقبل.

---

(١) أحمد جوهر - التوحد - العلاج باللعب - الكويت - ١٩٩٨م.

بحث حالة توحُد

المدرسة: ـ رياض الخزامى اسم الطالب:

السنة المكتبية: للتربية الخاصة ـ ١٤٢٠ هـ العمر: ٧ سنوات.

تاريخ التسجيل الحالة: شهر ٢/ ١٤٢٠ هـ.

نوع الحالة: توحد مع تخلف عقلي.

معلومات عن الطالب:

١ ـ مستواه الدراسي حالياً: ضعيف من حيث التركيز ولكن القدرة مع الحفظ: ممتازة.

٢ ـ مستواه الدراسي في المرحلة السابقة:

٣ ـ التكيف المدرسي (مع الزملاء، مع المعلمين ـ مع النظام) الطالب متكيف مع الزملاء والمعلمين والنظام بشكل كبير.

٤ ـ اهتمام ونشاط الطالب:

أ ـ في المدرسة: يحب اللعب والانطلاق، لكن العزلة أحياناً.

ب ـ خارج المدرسة.

وصف المشكلة: لم تكتمل لدى الطالب صفات وخصائص التوحد، بل يمكن علاج الطفل، لو اتبع الأسلوب العلمي في العلاج، وأعطي الوقت اللازم والكافي من قبل المعلمين والآباء.

تشخيص الحالة: توحد يصاحبه تخلف عقلي بسيط. وهذا قياساً على أهم صفات التوحد.

البرنامج العلاجي: تدريب الطالب على بعض المهارات الأساسية، الاجتماعية والعلمية والنفسية، ومهارات الحياة اليومية والصحية، ومهارات تساعد على التركيز والانتباه وكذلك خدمات رياضية حركية وتدريب على بعض المهارات الفنية.

الخدمات التي قدمت للطالب:

١ ـ دمج الطالب مع أطفال يتجانسون معه من حيث السَّن ونوع الإعاقة.

٢ ـ دمج الطالب في المجتمع المحيط. ليسهل عليه التعلم. وذلك سيأتي بنتائج جيدة، لأن الطالب بلغ من العمر سبع سنوات ولم يدخل أي مدرسة، ولم يتم تدريبه من قبل الأسرة.

مقياس التوحُّد:

عرض الطالب على بنود هذا المقياس:

البند	الإجابة	
١ ـ يتصرف كأصم:	√ ـ	نعم.
٢ ـ يردد كلمات:	√ ـ	نعم.
٣ ـ ضحك وصراخ غير مناسب:	× ـ	لا.
٤ ـ يقاوم الطرق الطبيعية للتعليم:	√ ـ	نعم.
٥ ـ يلف الأشياء:	× ـ	لا.
٦ ـ نوبات صراخ وبكاء واكتئاب شديد:	× ـ	لا.
٧ ـ يظهر وكأنه لا يحس بالألم:	× ـ	لا.
٨ ـ يقاوم التغير في الروتين:	√ ـ	نعم.
٩ ـ يجد صعوبة في الاختلاط بالآخرين:	× ـ	لا.
١٠ ـ لا يخاف من الخطر:	√ ـ	نعم.
١١ ـ الاستمرار في اللعب بطريقة غريبة:	√ ـ	نعم.
١٢ ـ لا يظهر عواطفه ولا يحب أن يحضنه أحد:	× ـ	لا.
١٣ ـ مهاراته الحركية غير متوافقة في المستوى، بعضها مرتفع، وبعضه منخفض، لا يجب دفع الكرة، بينما يستطيع بناء لعبة التركيب:	√ ـ	متوسط.
١٤ ـ لا ينظر في عيون الآخرين:	√ ـ	متوسط.
١٥ ـ إما يظهر نشاطاً جسدياً زائداً، أو خمولاً مبالغ فيه:		
١٦ ـ اهتمام غير مناسب لبعض الأشياء:	√ ـ	متوسط.
١٧ ـ لا يعرف الاتصال بالنظر:	× ـ	لا.
١٨ ـ يعبر عن حاجته بالإشارة:	√ ـ	نعم.
١٩ ـ الاستمرار في اللعب بأشياء غيره من الأطفال:	√ ـ	نعم.

ملحوظة:

إذا حاز الطفل على سبعة أو ثمانية من الصفات المشار إليها، فإنه يشخص بمرض التوحد.

النتيجة:

أن الطالب توحدي ـ حسب الصفات المتوفرة فيه.

الباب الثالث

التربية الخاصة في المملكة العربية السعودية

(القطاعين الحكومي والأهلي)

أولاً: القطاع الحكومي:

جهود الوزارات والهيئات المختلفة (القطاع الحكومي) بالمملكة العربية السعودية في مجال رعاية وتأهيل المعاقين.

١ ـ وزارة المعارف..

٢ ـ وزارة العمل والشئون الاجتماعية.

٣ ـ الرئاسة العامة لتعليم البنات.

٤ ـ وزارة الصحة.

٥ ـ أمانة مدينة الرياض.

٦ ـ الرئاسة العامة لرعاية الشباب.

٧ ـ جامعة الملك سعود.

٨ ـ المؤسسات الإعلامية والصحفية.

وسيقتصر تناولنا لهذا الموضوع على جهود وزارة المعارف ووزارة العمل والشئون الاجتماعية، لأنهما هما الجهتان اللتان تبذلان جهوداً بارزة في هذا المجال.

وسنذكر المراكز التأهيلية الحكومية الخاصة بالمعاقين في المملكة العربية السعودية وهي:

١ ـ مركز التأهيل الشامل.

٢ ـ مركز التأهيل المهني.

٣ ـ مركز التأهيل الاجتماعي وشديدي الإعاقة.

٤ ـ مركز التأهيل الطبي التابع لوزارة الصحة.

٥ ـ مركز الرعاية النهارية للفئات الخاصة.

٦ ـ مركز جامعة الملك سعود للمعاقين.

٧ ـ مركز تثقيف أمهات الأطفال المعاقين بعنيزة.

٨ ـ مركز تثقيف أمهات الأطفال المعاقين ببريدة.

٩ ـ مؤسسة رعاية الأطفال المشلولين.

١٠ ـ مستشفى الملك فهد بجدة.

١١ ـ خدمات التعليم الخاص في المستشفى العسكري بالرياض.

١٢ ـ مستشفى النقاهة.

ثانياً: القطاع الأهلي:

أولاً: الجمعيات والمؤسسات والمجموعات واللجان الخيرية الخاصة بالمعاقين في المملكة العربية السعودية.

١ ـ الجمعيات الخيرية، ويمثل ذلك ثماني عشرة جمعية في المملكة.

٢ ـ المؤسسات الخيرية، ويمثل ذلك مؤسستان فقط.

٣ ـ المجموعات واللجان والمشروعات الخيرية، ويمثل ذلك المدارس الأهلية الخاصة. وعددها تسع مدارس.

ثانياً: المراكز التأهيلية الأهلية الخاصة بالمعاقين في المملكة العربية السعودية وهي تسع عشرة مركزاً.

وقد تناول الدكتور فهد حمد أحمد المغلوث ـ هذه المراكز والحمعيات والمؤسسات الأهلية بالشرح المفصل في كتابه. الموسوم بـ (رعاية وتأهيل المعاقين في المملكة العربية السعودية الواقع والطموحات. فمن يحتاج إلى التفصيل فليلجأ إليه (١٤١٩ هـ/ ١٩٩٩ م).

الفصل الأول

المبحث الأول

التربية الخاصة في المملكة العربية السعودية (معالم وبدايات) متمثلة في الأمانة العامة للتربية الخاصة التابعة لوزارة المعارف. (القطاع الحكومي).

كانت بدايات التعليم الخاص بالمملكة العربية السعودية من خلال الجهود الفردية، مع استهلالة العقد السابع من القرن الرابع عشر الهجري.

فلقد تحمس بعض أبناء هذا البلد من المكفوفين لتعلم طريقة برايل فأتقونها ثم بذلوا جهوداً مشكورة لنشرها.

وبدأ ذلك النفر المتحمس بجهد فردي لإقناع بعض الجهات التعليمية تبني طريقة برايل، وكانت الاستجابة مع حلول عام ١٣٧٧ هـ، حيث وافقت المعاهد العلمية والكليات على فتح فصول مسائية ملحقة بكلية اللغة العربية ـ والتحق بالفصول مكفوفون ومبصرون، حتى فتحت وزارة المعارف (مدرسة جبرة) في الفترة المسائية كمقر لتعليم المكفوفين وتدريبهم على طريقة برايل وذلك عام ١٣٨٧ هـ.

ولقد شكلت تلك الأجواء الحقيقية حجر الأساس التربية الخاصة بمراحلها المختلفة، وفي ظل وزارة المعارف.

ولقد استحدث أول معهد لتعليم المكفوفين بالعاصمة ـ الرياض عام ١٣٨٠ هـ (٥٩/ ٦٠ م) كان يضم إذ ذاك خمسة فصول ابتدائية وثلاثة فصول مهنية أو يدرس فيها أربعون طالباً من المكفوفين، أطلق عليه اسم (معهد النور) ليكون أول شهادة عملية على الرعاية الكريمة لوزير المعارف الأول.

كان تأسيس إدارة التعليم الخاص عام ١٣٨٢ هـ (١٩٦٢ م) بغية تقديم الخدمات التعليمية والمهنية والاجتماعية لفئات ثلاث هي: المكفوفون والصم

والمتخلفون عقلياً، وكان ذلك من خلال القرار الوزاري رقم ٢٣٨٥ في ١٩/١١/١٣٨٢ هـ الذي حدد مسؤولية إدارة التعليم الخاص اتجاه مدارس المكفوفين، وعهد إلى الإدارة نشر هذا النوع من التعليم حسب مقتضيات المصلحة وتوسيع نشاطها ليشمل الصم وغيرهم.

وقد تلا ذلك إنشاء، المزيد من معاهد النور، كمعهد النور بمكة المكرمة (١٣٨٢ هـ) وبعنيزة بنفس العام وبالهفوف (١٣٨٣ هـ) وللكفيفات بالرياض (١٣٨٤ هـ) وبالمدينة المنوّرة والقطيف (١٣٨٧ هـ ثم ببريدة (١٣٨٨ هـ).

وقد ضمت هذه المعاهد فصولاً للمرحلة الابتدائية، وأقساماً مهنية، قبل أن تنتقل بعثة تلك الأقسام لاحقاً إلى وزارة العمل والشؤون الاجتماعية، كما ضمت هذه المعاهد فصولاً للمرحلة المتوسطة، وضم بعضها فصولاً للمرحلة الثانوية.

وواكب ذلك إنشاء معهدي الأمل للصم بالرياض عام (١٣٨٤ هـ) للبنين والبنات ثم آخرين عام (١٣٩١ هـ). بمدينة جدة، ضمت جميعاً فصولاً للمرحلتين التحضيرية والابتدائية، ثم افتتح معهدان متوسطان للبنين والبنات بالرياض عام (١٣٩٢/ ٩٣ هـ) ثم في العام نفسه تم افتتاح معهدين للتربية الفكرية للبنين والبنات لفئة المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، وفي عام (١٣٩٢ هـ) تم تطوير إدارة التعليم الخاص لتصبح (المديرية العامة لبرامج التعليم الخاص بموجب القرار الوزاري ٤٠/٣٦/٤/٦١ في عام ١٣٩٢ هـ.

وتم تجديد تبعيتها إلى وكيل الوزارة المساعد لشؤون التعليم الخاص بوزارة المعارف، وانبثق عنها ثلاث إدارات بموجب القرار الوزاري ٤٠/٣٦/٦٧٤ في ٤/٧/١٣٩٤ هـ.

وهي: إدارة تعليم المكفوفين وإدارة تعليم الصم وإدارة التربية الفكرية.

وقد أطلق على المديرية اسم: الأمانة العامة للتعليم الخاص فيما بعد بالقرار السامي الكريم رقم ٣١٨٩ في ٢٢/١٠/ ١٤٠٤ هـ.

وقد ضمت هذه الأمانة نفس الإدارات الثلاث السالفة الذكر وقد أنيط بها التخطيط لبرامج التعليم الخاص.

ثم صدر قرار معالي وزير المعارف رقم ١٥٩٠ في ١١/١٠/١٤٠٥ هـ والذي تضمن تعديلات وتنظيمات للوضع القائم لتؤول تبعية الأمانة العامة للتعليم الخاص لوكيل الوزارة مباشرة وبعدها صدر قرار مجلس الوزراء الموقر رقم ١٣١ في ١٣/١٠/١٤١٣ هـ بنقل اختصاصات معاهد التعليم الخاص للبنات إلى الرئاسة العامة لتعليم البنات.

ثم تلا ذلك صدور قرار مجلس الوزراء الموقر رقم ١٧٧ في ٢٠/١١/١٤١٦ هـ بضم المكتب الإقليمي للجنة الشرق الأوسط لشؤون المكفوفين إلى وزارة المعارف وسعودته، وتوحيد نشاطه مع أوجه نشاط الأمانة العامة للتعليم الخاص، فانتقل مقر الأمانة المذكورة من مبنى وزارة المعارف إلى مبنى المكتب الإقليمي (سابقاً) بحي السفارات.

ولقد تم تغيير الاسم أخيراً في منتصف عام ١٤١٧ هـ إلى اسم (الأمانة العامة للتربية الخاصة) فقد صدرت موافقة معالي وزير المعارف على طلب التعديل الذي تقدم به المعنيون بالأمانة العامة للتعليم الخاص والذين رأوا أن هذا الاسم لم يعد يتمشى مع التطورات المتلاحقة والاتجاهات التربوية الحديثة.

ومن تلك اللحظة: فقد قامت الأمانة العامة للتربية الخاصة ـ جاعلة نصب عينيها اكتشاف الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من موهوبين ومعاقين، كما أخذت على عاتقها وضع الخطط وبناء الاستراتيجيات المناسبة لأحوال المعاقين والموهوبين على اختلاف فئاتهم، كما عملت على تنمية مواهبهم وتربيتهم وتعليمهم وتدريبهم بهدف الوصول إلى أفضل مستوى ممكن يوافق قدراتهم ويوائم إمكاناتهم بعد تحفيزها واستثارتها وتوظيفها في أحسن صورة ممكنة.

ولقد توسعت الأمانة وشملت برعايتها فئات أخرى مثل:

١ ـ فئة ضعاف السمع.
٢ ـ فئة ضعاف البصر.
٣ ـ فئة ذوي صعوبات التعلم.
٤ ـ فئة متعددي العوق.
٥ ـ فئة المضطربين سلوكياً وانفعالياً.

٦ ـ فئة التوحديين.

٧ ـ فئة المضطربين تواصلياً.

٨ ـ فئة المعاقين جسمياً وحركياً.

وقد ارتفع عدد الإدارات التابعة للأمانة من ثلاث إدارات إلى تسع إدارات معتمدة فنية وإدارية وهي:

١ ـ إدارة العوق البصري.

٢ ـ إدارة العوق السمعي.

٣ ـ إدارة التربية الفكرية.

٤ ـ إدارة صعوبات التعلم.

٥ ـ إدارة الدراسات والتطوير.

٦ ـ إدارة الإسكان الداخلي.

٧ ـ برنامج الكشف عن الموهوبين ورعايتهم.

٨ ـ إدارة العلاقات العامة والتوعية التربوية.

٩ ـ إدارة الشؤون الإدارية.

وهناك ثلاث إدارات تحت الإنشاء وهي: إدارة العوق الجسمي والحركي، وإدارة الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وإدارة الاضطرابات التواصلية[1].

---

(١) عن كتاب مسيرة التربية الخاصة بوزارة المعارف ـ في ظلال الذكرى المئوية التأسيس المملكة العربية السعودية ـ إعداد الدكتور ناصر بن علي الموسى ـ المشرف العام على التربية الخاصة ١٤١٩ هـ ـ ١٩٩٩ م ص ٣٢ ـ ص ٣٨.

المبحث الثاني

الفئات المستفيدة من التربية الخاصة:

أ ـ المتفوقون والموهوبون:

الطالب المتفوق هو الطالب الذي لديه قدرة بارزة ومتميزة عن أقرانه في مجال أو أكثر من مجالات الذكاء أو التفكير الإبداعي، أو التحصيل الدراسي أو أي مهارة من المهارات كالخطابة أو الشعر أو الرسم أو الرياضة البدنية أو القدرة القيادية.. الخ.

وغالباً ما يقوم بأداء العمليات العقلية أداء أفضل من زملائه في نفس العمر الزمني وخاصة في مجالات التذكر والتصنيف والتعليل والتقييم والعلاقات.

ب ـ القابلون للتعلم من المتخلفين عقلياً:

يعرف التخلف العقلي بأنه حالة تشير إلى جوانب قصور ملموسة في الأداء الوظيفي الحالي للفرد، وتتصف الحالة بأداء عقلي دون المتوسط بشكل واضح (٧٥ درجة ذكاء فما دون تصل إلى ٥٠ درجة) يكون متلازماً مع جوانب قصور في مجالين أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية التالية.

التواصل ـ العناية بالذات ـ المهارات الاجتماعية ـ الأعمال المنزلية ـ التوجيه الذاتي ـ الصحة والسلامة ـ المهارات الأكاديمية الوظيفية، وقت الفراغ ـ ومهارات العمل.

ويظهر التخلف العقلي قبل سن الثامنة عشرة (هالهان، كوفمان ١٩٩٧ م).

ويصنف التخلف العقلي تربوياً إلى ثلاث فئات:

١ ـ القابلون للتعلم، وتتراوح درجة ذكائهم ما بين ٧٥ ـ ٥٠.

٢ ـ القابلون للتدرب، وتتراوح درجة ذكائهم ما بين ٤٩ ـ ٣٠.

٣ ـ الفئة الاعتمادية، وتصل درجة ذكائهم إلى ٢٩ فما دون ٥ مع العلم أن الخدمات التربوية والتعليمية في مدارس وزارة المعارف تقتصر على فئة القابلين للتعلم.

جـ ـ المعاقون بصرياً:

وتشمل هذه الفئة المكفوفين، وضعاف البصر وفق التعريفات التالية:

الكفيف: هو الشخص الذي تقل حدة إبصاره بأقوى العينين بعد التصحيح عن ٦/ ٦٠ م (٢٠ ـ ٢٠٠ قدماً) أو يقل مجاله البصري عن زاوية مقدارها (٢٠) درجة.

ضعيف البصر: هو الشخص الذي تتراوح حدة إبصاره بين ٦/ ٦٠ و ٦/ ٢٤ م (٢٠/ ٢٠٠، ٢٠/ ٧٠ قدماً بأقوى العينين بعد إجراء التصحيحات الممكنة.

د ـ المعاقون سمعياً:

وتشمل هذه الفئة الصم، وضعاف السمع وفق التعريفات الآتية.

الأصم: هو الفرد الذي يعاني من عجز سمعي يبدأ ب ٧٠ ديسبل فأكثر وتحول دون اعتماده على حاسة السمع والكلام سواء باستخدام السماعات أم بدونها.

ضعيف السمع: هو الفرد الذي يعاني من فقد سمعي يتراوح بين ٣٥ و ٦٩ ديسبل، مما يجعله يواجه صعوبة في فهم الكلام بالاعتماد على حاسة السمع فقط سواء باستخدام السماعات أم بدونها.

هـ ـ المعاقون جسمياً وحركياً:

وهم الأطفال الذين يتشكل لديهم عائق يحرمهم من القدرة على القيام بوظائفهم الجسمية والحركية بشكل عادي.

ويقصد بالعائق أي إصابة سواء كانت بسيطة أم شديدة تصيب الجهاز العصبي المركزي أو الهيكل العظمي أو العضلات (د. ناصر علي الموسى) ١٩٩٩ م.

و ـ ذوو صعوبات التعلم:

وهم الأطفال الذين يظهرون اضطرابات في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية التي تتضمن فهم واستخدام اللغة المكتوبة أو اللغة المنطوقة.

والتي تبدو في اضطرابات السمع والتفكير والكلام والقراءة والتهجئة والحساب.

والتي تعود إلى أسباب لا تتعلق بالعوق العقلي أو السمعي أو البصري أو غيرها من الأعواق.

ز ـ ذوو اضطرابات التواصل:

ويعرف اضطراب التواصل بأنه اضطراب ملحوظ في النطق أو الصوت أو الطلاقة الكلامية أو تأخر لغوي أو عدم تطور اللغة التعبيرية أو اللغة الاستيعابية، وينقسم اضطراب التواصل إلى قسمين[١]:

أ ـ اضطراب الكلام:

هو خلل في الصوت أو لفظ الأصوات الكلامية أو في الطلاقة النطقية.

وتصنف اضطرابات الكلام إلى ثلاث فئات رئيسية وهي:

١ ـ اضطرابات الصوت: وتعرف بأنها غياب أو خلل في إنتاج الصوت بنوعية معينة أو شدة معينة أو علو معين مثل الخنة الأنفية والبحة الشديدة.

٢ ـ اضطرابات النطق (اللفظ) وتعرف بأنها خلل في إنتاج أصوات الكلام ويشمل الإبدال والإضافة والحذف والتشويه.

٣ ـ اضطرابات العلاقة، وتعرف بأنها خلل في التعبير اللفظي يظهر على شكل تغير في معدل الكلام وإيقاعه مثل التأتأة والكلام بسرعة فائقة.

ب ـ اضطرابات اللغة:

هي خلل في تطور أو نمو فهم واستخدام الرموز المنطوقة والمكتوبة للغة

---

(١) الموسى، ١٤١٩ هـ ـ ١٩٩٩ م مرجع سابق ص ٤٤.

والاضطراب يمكن أن يشمل أحد أو جميع جوانب اللغة التالية:

١ ـ شكل اللغة (الأصوات، التراكيب، القواعد).

٢ ـ محتوى اللغة (المعنى).

٣ ـ الاستخدام الوظيفي للغة (الاستخدام العملي للغة في المواقف المختلفة لتخدم أغراضاً مختلفة[١].

ح ـ ذوو الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

الأطفال المضطربون سلوكياً هم الذين لديهم واحدة أو أكثر من الخصائص التالية بدرجة واضحة ولمدة من الزمن:

١ ـ عدم القدرة على التعلم والتي لا تعود لأسباب عقلية أو حسية أو صحية.

٢ ـ عدم القدرة على بناء علاقات شخصية مرضية مع الآخرين.

٣ ـ ظهور أنماط سلوكية غير مناسبة في المواقف العادية.

٤ ـ مزاج عام من الكآبة والحزن.

٥ ـ الميل لإظهار أعراض جسمية (آلام، أو مخاوف مرتبطة بمشكلات شخصية ومدرسية).

ط ـ ذوو اضطرابات التوحد:

يعرف الطفل التوحدي على أنه ذلك الطفل الذي تظهر لديه المظاهر الأساسية التالية قبل سن ٣٦ شهراً.

١ ـ الإخفاق في تنمية القدرة على الكلام والتحدث الموجود أصلاً أو القدرة المتعلمة أو القدرة على استخدام تعلمه للتوصل الطبيعي مع الآخرين.

٢ ـ الانطواء والانعزال وعدم المقدرة على تكوين علاقات واقعية مع الآخرين.

٣ ـ وجود سلوكات نمطية غير هادفة متكررة بشكل واضح (كوفمان ١٩٨٥).

---

(١) د. ناصر علي الموسى ١٩٩٩ م ص ٤٥.

ي ـ متعددو العوق:

وهي تلك الفئة التي تعاني من عوقين أو أكثر من الأعواق المصنفة ضمن برامج التربية الخاصة.

مثل: الصم وكف البصر أو التخلف العقلي والصمم أو كف البصر والتخلف العقلي: . . . الخ.

إن هذه الفئات تشكل في مجموعها نسبة لا تقل عن ٢٠٪ من طلاب المدارس العادية بالمرحلة الابتدائية.

المبحث الثالث

أنماط تقديم خدمات التربية الخاصة:

١ ـ المعاهد الداخلية:

يتضمن هذا النمط من الخدمة بقاء الأطفال في المعهد طول الوقت. حيث يتلقون الخدمات التربوية والتعليمية نهاراً، ثم الإقامة في السكن الداخلي ليلاً.

٢ ـ المعاهد النهارية:

يتضمن هذا النمط من الخدمة إلحاق الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بمركز أو مدرسة خلال اليوم الدراسي ثم يعودون إلى أسرهم مع انتهاء اليوم الدراسي.

٣ ـ برنامج الفصول الخاصة الملحقة بالمدارس العادية:

ويتضمن هذا النمط من الخدمة إلحاق الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بفصل خاص بهم بالمدرسة العادية، حيث يتلقون الرعاية التربوية والتعليمية الخاصة بهم مع بعضهم في ذلك الفصل. مع العمل على إتاحة الفرصة لهم للاندماج مع أقرانهم العاديين في الأنشطة اللاصفية وفي مرافق المدرسة.

٤ ـ برنامج غرفة المصادر:

برنامج غرفة المصادر هو أحد الأساليب التي بواسطتها تتم عملية دمج الأطفال غير العاديين في المدارس العادية.

وهو مفهوم تربوي يتضمن الركائز التالية:

١ ـ تخصيص غرفة في المدرسة العادية، تكون ذات مستلزمات مكانية وتجهيزية وبشرية تحددها طبيعة خصائص واحتياجات الفئة المستفيدة.

٢ ـ بقاء التلاميذ غير العاديين في الصفوف الدراسية بالمدرسة العادية مع أقرانهم العاديين.

٣ ـ يتحتم على الأطفال غير العاديين أن يقضوا على الأقل ٥٠٪ من يومهم المدرسي في الصفوف الدراسية مع أقرانهم العاديين.

٤ ـ يتردد التلاميذ غير العاديين على معرفة المصادر للاستفادة من خدماتها حسب جدول تحدده متغيرات أهمها حاجة الطفل ـ طبيعة عوق الطفل ـ شدة عوق الطفل ـ الصف الدراسي الذي يدرس فيه الطفل.

٥ ـ برنامج المعلم المتجول:

هو أحد الأساليب التي تتم بواسطتها عملية دمج الأطفال غير العاديين في المدارس العادية وهو مفهوم تربوي يتضمن الركائز الآتية:

١ ـ يسجل الأطفال غير العاديين في أقرب المدارس العادية إلى منازلهم أو إبقائهم فيها إذا كانوا مسجلين فيها أصلاً.

٢ ـ يتحتم على الأطفال غير العاديين أن يقضوا معظم يومهم المدرسي في الصفوف الدراسية مع أقرانهم العاديين.

٣ ـ يقوم معلم متخصص في التربية الخاصة بالتجوال في المدارس العادية التي يوجد بها أطفال غير عاديين، بغرض تقديم خدمات التربية الخاصة لهم، وذلك وفقاً لجدول تحدده متغيرات أهمها:

أ ـ عدد الأطفال الذين يتكون منهم عبؤه التدريسي.

ب ـ طبيعة احتياجات أولئك الطلاب.

جـ ـ عدد المدارس التي يزورها.

د ـ طول المسافات التي يقطعها.

٤ ـ يكون مقره في قسم التربية الخاصة بإدارة التعليم أو في إحدى المدارس التي يعمل بها.

وهذا النظام معمول به الآن في المملكة العربية السعودية.

٦ ـ برنامج المعلم المستشار:

هو أحد الأساليب التي تتم بموجبها عملية دمج الأطفال غير العاديين في المدارس العادية وهو مفهوم تربوي تقوم فكرته على الاستفادة من خدمات معلم متخصص في التربية الخاصة، يقوم بزيارة ميدانية للمدارس العادية التي يوجد بها تلاميذ غير عاديين.

ومهمته تقديم النصح والمشورة لمعلمي الفصول العادية حول كيفية التعامل مع الأطفال غير العاديين. وهو أيضاً كالمعلم المتجول يكون مقره في قسم التربية الخاصة بإدارة تعليم المنطقة، أو إحدى المدارس التي يعمل بها[١].

---

(١) (الموسى: ١٩٩٢ م).

المبحث الرابع

أهداف واستراتيجيات التربية الخاصة بالمملكة العربية السعودية[1]:

تهدف التربية الخاصة إلى تربية وتعليم وتأهيل الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة المختلفة، كما تهدف إلى تدريبهم على اكتشاف المهارات المناسبة حسب إمكانياتهم وقدراتهم، وفق خطط مدروسة بغرض الوصول بهم إلى أفضل مستوى وإعدادهم للحياة العامة والاندماج في المجتمع.

ويمكن تحقيق هذه الأهداف من خلال ما يلي:

١ ـ الكشف عن ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة وتحديد أماكن تواجدهم ليسهل توفير الخدمات لهم.

٢ ـ الكشف عن مواهب واستعدادات وقدرات كل طفل واستثمار كل ما يمكن استثماره منها.

٣ ـ استخدام الوسائل المعينة والمناسبة التي تمكن ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة بمختلف فئاتهم من تنمية قدراتهم وإمكاناتهم مع ما يتلائم مع استعداداتهم.

٤ ـ تنمية وتدريب الحواس المتبقية لدى ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة للاستفادة منها في اكتساب الخبرات المتنوعة والمعارف المختلفة.

٥ ـ توفير الاستقرار والرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية التي تساعد ذوي الاحتياجات الخاصة على التكيف في المجتمع الذي يعيشون فيه.

---

(١) مسيرة التربية الخاصة بوزارة المعارف في ظلال الذكرى المئوية.

٦ ـ تعديل الاتجاهات التربوية الخاطئة لأُسر هؤلاء الأطفال عن طريق توجيه وتوعية الأسرة.

٧ ـ إعداد الخطط الفردية التي تتلاءم مع إمكانات وقدرات كل طفل.

٨ ـ الاستفادة من البحث العلمي في تطوير البرامج والوسائل والأساليب المستخدمة في مجال التربية الخاصة.

٩ ـ نشر الوعي بين أبناء المجتمع بالعوق وأنواعه، ومجالاته ومسبباته، وطرق التغلب عليه أو الحد من آثاره السلبية.

١٠ ـ تهيئة المدارس لتلبية الاحتياجات الأساسية للأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة بما يتطلبه ذلك من إجراء التعديلات البيئية الضرورية.

ويورد الدكتور الموسى قائلاً: «وترتكز استراتيجية التربية الخاصة على عشرة محاوره رئيسية: هي»:

المحور الأول: تفعيل دور المدارس العادية في مجال تربية وتعليم الأطفال غير العاديين وذلك من خلال:

أ ـ التوسع في استحداث برامج الفصول الملحقة بالمدارس العادية وهي على نوعين.

النوع الأول: فصول تطبق مناهج معاهد التربية الخاصة مثل فصول الأطفال القابلين للتعلم من المتخلفين عقلياً وفصول الأطفال الصم.

النوع الثاني: فصول تطبق مناهج المدارس العادية مثل فصول الأطفال المكفوفين وفصول الأطفال ضعاف السمع.

ب ـ الاستفادة من الأساليب التربوية الحديثة المتمثلة في استحداث برامج غرف المصادر، وبرامج المعلم المتجول، وبرامج المعلم المستشار، وبرامج المتابعة في التربية الخاصة.

المحور الثاني: **توسيع نطاق دور معاهد التربية الخاصة بالوزارة.**

وتتمثل في ما يلي:

أ ـ استحداث برامج متخصصة بها لرعاية وتربية الأطفال مزدوجي ومتعددي العوق، وغيرهم من الأطفال الذين يصعب على المدارس العادية استيعابهم.

ب ـ تحويل هذه المعاهد إلى مراكز معلومات وخدمات مساندة تقوم بتزويد برامج التربية الخاصة في المدارس العادية بالخبرات والمعلومات، من الأساليب، والوسائل، والمواد، والأدوات التعليمية.

جـ ـ تحويل هذه المعاهد إلى مراكز تدريب، يتم من خلالها إقامة الدورات التدريبية المتخصصة للمعلمين، والمشرفين التربويين، والإداريين الذين هم على رأس العمل.

المحور الثالث: تنمية الكوادر البشرية بمعاهد وبرامج التربية الخاصة:

تولي الأمانة جل اهتمامها بالعلم باعتباره لب العملية التربوية والركيزة الأساسية فيها من منطلق اهتمامها بتنمية العناصر البشرية المتميزة. وهي تسعى لتحقيق أهدافها في هذا المجال من خلال:

أ ـ استقطاب الكفاءات الوطنية المتميزة للعمل في مجال التربية الخاصة.

ب ـ العمل على إقامة الدورات التدريبية والندوات والمؤتمرات العلمية.

جـ ـ المشاركة في الندوات والمؤتمرات العلمية التي تعقد داخل المملكة وخارجها.

د ـ التعاون والتنسيق مع الأقسام الأكاديمية في الجامعات في مجال العوق المختلفة.

هـ ـ العمل على إتاحة فرص الانبعاث أو التفرغ للكفاءات الوطنية المتميزة لمواصلة دراستها العليا في مختلف مجالات التربية الخاصة.

المحور الرابع: تطور المناهج والخطط الدراسية والكتب المدرسية لمعاهد التربية الخاصة وبرامجها.

الطفل المعاق هو طفل في المقام الأول، وطفل معاق في المقام الثاني، فهو في المرتبة الأولى محتاج إلى اكتساب مهارات أكاديمية شأنه في ذلك شأن أقرانه

العاديين، لكنه كونه طفل معاق فهو يحتاج إلى نظام تعليمي خاص مساند يمكّنه من اكتساب المهارات الأكاديمية التي تقوم عليها المنهج الدراسي العادي، وهو يحتاج أيضاً إلى منهج إضافي يضمن له اكتساب مهارات تعويضية تكفل له مسايرة أقرانه العاديين في المدرسة لذا من الضرورة بمكان تطوير المناهج الدراسية بمعاهد التربية الخاصة وإضفاء طابع المرونة والشمولية على مناهج المدارس العادية.

المحور الخامس: تطويع التقنية الحديثة لخدمة المعاقين.

يشهد العالم اليوم نهضة تكنولوجية عارمة في جميع حقول الحياة وخاصة في مجال الحاسب الآلي، وتتنافس الشركات في إنتاج أحدث وأعقد أجهزة وبرامج الكمبيوتر.

لذا فإن هذه التقنية ضرورية بالنسبة للطفل والإنسان المعاق وانطلاقاً من هذا السياق فإن الأمانة العامة للتربية الخاصة تعمل على التركيز في برامجها ومناهجها وخططها الدراسية على تأصيل هذا المفهوم في نفوس أبنائها المعاقين.

وعلى الشركات والمؤسسات والباحثين والمربين والمهتمين بمجالات العوق ألاّ يغفلوا هذه الشريحة المهمة من مجتمعنا.

المحور السادس: تطوير الهيكل التنظيمي للأمانة العامة للتربية الخاصة.

تسعى الأمانة سعياً حثيثاً لإعادة تشكيل وتطور هيكلها التنظيمي بالقدر الذي يتلاءم مع التطور السريع، والنمو المطرد في معاهد وبرامج التربية الخاصة كماً وكيفاً.

فلقد قطعت الأمانة شوطاً في هذا الطريق، فاستحدثت بعض الإدارات والبرامج مثل: إدارة الدراسات والتطوير، إدارة صعوبات التعلم، إدارة الإسكان الداخلي، إدارة العلاقات العامة والتوعية التربوية، برنامج الكشف عن الموهوبين ورعايتهم.

المحور السابع: دراسة اللوائح القائمة، تطويرها، وإعداد لوائح جديدة للبرامج المستقبلية.

لمواجهة التطور السريع الكمي والنوعي في الإدارات والمعاهد والبرامج، كان على الأمانة أن تعيد دراسة اللوائح القائمة وتطورها، وأن تعمل على إعداد لوائح

جديدة بما يتناسب مع تلك المتغيرات التي حدثت على خريطة التربية الخاصة.

المحور الثامن: التوسع في استحداث أقسام التربية الخاصة في الإدارة التعليمية وتفعيل دورها.

تعمل الأمانة على استحداث المزيد من أقسام التربية الخاصة في الإدارات التعليمية بمختلف مناطق ومحافظات المملكة، كما تعمل على تزويدها بالكوادر البشرية والمستلزمات والأجهزة الحديثة التي تمكنها من أداء عملها على الوجه الذي تريده.

المحور التاسع: تفعيل دور البحث العلمي في مجال التربية الخاصة.

تسعى الأمانة إلى الاستفادة من البحوث العلمية على المستوى المحلي والإقليمي والعالمي، نظراً لأهمية البحث العلمي في كافة مجالات التربية الخاصة. بغرض الارتقاء بمستوى الأداء في معاهدها وبرامجها، كذلك بمستوى الخدمات كماً ونوعاً التي تقدمها للفئات التي تستفيد من خدماتها.

المحور العاشر: التعاون والتنسيق مع الجهات ذات العلاقة داخل المملكة وخارجها.

لا بد للأمانة من الاطلاع على آخر ما توصلت إليه النظريات وما أسفرت عنه نتائج التجارب والتطبيقات، وفي الوقت نفسه تعمل الأمانة على اطلاع الآخرين على نتائج تجاربها. من بين تلك الوسائل التي تحقق هذه الأهداف.. إنشاء إدارة العلاقات العامة والتوعية التربوية. لتطلعنا ما لدى الآخر وتطلع الآخرين على ما لدينا.



المبحث الخامس
معاهد وبرامج التربية الخاصة
في المملكة العربية السعودية

أولاً: معاهد النور للمكفوفين:

في عام ١٣٨٠ هـ افتتح أول معهد نور للمكفوفين، وكان أول لبنة في صرح التعليم الخاص المنظم ثم توسعت الوزارة (وزارة المعارف) في فتح معاهد للمكفوفين للبنين في المدن ذات الكثافة السكانية.

وقد حرصت الوزارة على توفير نفس فرص التعليم المناسبة للفتاة ففتحت أول معهد لهن في مدينة الرياض عام ١٣٨٤ هـ/ ١٩٦٤ م.

وبمقتضى قرار مجلس الوزراء الموقر رقم ١٣١ في عام ١٤١٣ هـ تم فصل معاهد النور للبنات من وزارة المعارف إلى الرئاسة العامة لتعليم البنات، ابتداءً من العام الدراسي ١٤١٤/ ١٤١٥ هـ.

شروط القبول:

يشترط فيمن يقبل بهذه المعاهد ما يلي:

١ ـ أن يكون سعودياً (تعطى الأولوية للسعوديين).

٢ ـ أن يكون لائقاً صحياً.

٣ ـ أن يكون فاقد البصر كلية أو عنده بقايا بصر لا تزيد عن، ٦/ ٦٠ في إحدى العينين أو في العين الأقوى بعد العلاج والتصحيح.

٤ ـ أن يكون غير مصاب بعوق آخر يحول دون الاستفادة من البرنامج التعليمي.

٥ ـ ألا يزيد عمره عن ١٥ سنة بالنسبة للصف الأول الابتدائي وعن ٢٠ سنة للصف الأول المتوسط وعن ٢٥ سنة بالصف الأول الثانوي.

٦ ـ أن يكون حاصلاً على شهادة الدراسة الابتدائية للتسجيل بالصف الأول المتوسط، وعلى شهادة الكفاءة المتوسطة للتسجيل بالصف الأول الثانوي[١].

السلَّم التعليمي:

يتكون السلم التعليمي من ثلاث مراحل دراسية هي:

- المرحلة الابتدائية ـ ست سنوات.
- المرحلة المتوسطة ـ ثلاث سنوات.
- المرحلة الثانوية ـ ثلاث سنوات.

المناهج والكتب الدراسية:

تطبق الوزارة في المرحلة الابتدائية والمتوسطة والثانوية شعبة العلوم الشرعية واللغة العربية، مناهج وكتب التعليم العام، مع إدخال بعض التعديلات التي تقتضيها خصائص العوق البصري وإمكانية الطباعة بخط برايل، وإخراج الرسومات والأشكال التوضيحية بالطريقة البارزة في كتب اللغة الإنجليزية والرياضيات والعلوم والجغرافيا.

وفي المرحلة الابتدائية يدرس الطفل، في الصف الأول الابتدائي منهجاً خاصاً لتعلم القراءة والكتابة بطريقة برايل وفي الصفوف الثلاثة الأولى من تلك المرحلة يدرس الطالب منهجاً عن التحرك وإدراك الاتجاهات بمعدل حصتين في الأسبوع، وفي المرحلة المتوسطة يدرس الطالب مادة الآلة الكاتبة العربية بمعدل حصة واحدة في كل صف من صفوف تلك المرحلة.

وفي المرحلتين الابتدائية والمتوسطة، يدرس الطالب منهجاً خاصاً لمادة التربية الفنية. يتمشى مع الأسس الفنية للعملية التعليمية للمكفوفين في إطار الأهداف العامة

---

(١) مسيرة التربية الخاصة بوزارة المعارف مرجع سابق ص ١١٥، ص ١١٦.

لمادة التربية الفنية للتعليم العام والأهداف الخاصة لتلك المادة للمكفوفين.

أما في المرحلة الثانوية، فيدرس الطالب مادة الحاسوب والآلة الكاتبة العربية والانجليزية، في الصف الأول الثانوي وبمعدل خمس حصص، وفي الصف الثاني الثانوي بمعدل ثلاث حصص، وفي الصف الثالث بمعدل حصتين في الأسبوع.

وفي ضوء ما تقدم فإن معاهد وبرامج النور تستخدم نفس الكتب المدرسية المقررة في التعليم العام. ويتم إخراج الكتب ويتم إخراج الكتب المدرسية بطريقة برايل بعد تدقيقها ومراجعتها فنياً لتكييفها للطباعة البارزة.

ثانياً: برامج المعاقين بصرياً في التعليم العام:

أ ـ برامج دمج المكفوفين في التعليم العام:

يعتبر أسلوب دمج الطلاب المعاقين مع زملائهم العاديين في التعليم العام أحد الاتجاهات التربوية الحديثة في تربية المعاقين، ويهدف أسلوب الدمج إلى إزالة شعور القلق لدى الكفيف وأنه يستطيع مجاراة زميله المبصر في تحصيل الخبرات والعلوم والمشاركة في أنشطة الحياة المختلفة.

كما يهدف الدمج إلى إتاحة الفرصة للطالب المبصر أن يتعرف مباشرة على زميله الكفيف ويفهم جوانب شخصيته وقدراته واستعداداته للتعلم.

وقد طبقت الوزارة أسلوب التعليم بالدمج للمكفوفين مع زملائهم المبصرين في المدرسة العادية منذ عام ١٤١١ هـ بالمرحلة الثانوية في محافظة الإحساء.

وقد أكدت الدراسات التي تمت حول تطبيق أسلوب الدمج نجاحاً تربوياً مما دعا إلى اعتماده برنامجاً لتعليم المكفوفين وذوي ضعف البصر الشديد بالتعليم العام.

وبدأت أول تجربة لتطبيق أسلوب الدمج لطلاب المرحلة الثانوية بمعهد النور للبنين بالهفوف خلال الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي ١٤٠٤/ ١٤٠٥ هـ في أكثر من مدرسة ثانوية عادية، وأسفرت تلك التجربة عن نتائج إيجابية.

وفي العام الدراسي ١٤٠٧ هـ طبقت الوزارة استبانتين الأولى لطلاب المرحلة الثانوية بمعاهد النور والأخرى لمعلمي المرحلة الثانوية بمعاهد النور لاستطلاع الرأي حول تنفيذ أسلوب الدمج في المدارس العادية وأوضحت عملية التحليل للآراء أن

أكثر من ٦٠٪ يؤيدون الأخذ بأسلوب الدمج.

وقد استطرد الموسى قائلاً:

«وفي العام الدراسي ١٤١١ هـ بدأ تطبيق أسلوب الدمج بشكل منتظم في ثانوية حراء بمدينة الهفوف، وشكلت لجنة من الإشراف التربوي والتدريب والبحوث التربوية والتقويم والتوجيه والإرشاد والتربية الخاصة بالوزارة لمتابعتها، واستمر تطبيق الدمج من العام الدراسي ١٤١١ هـ حتى نهاية العام الدراسي ١٤١٤ هـ في كامل صفوف المرحلة الثانوية».

وقد أعدت اللجنة تقريراً متكاملاً عن نتائج تطبيق التجربة اشتمل على ما يلي:

ـ نتائج تحليل الاستبانات الأربع التي طبقتها اللجنة على مدى ثلاث سنوات:

الاستبانة الأولى خاصة بالإدارة المدرسية ومتوسط النسبة ٩٥,٤٪، والثانية خاصة بالمعلمين في الثانوية العادية ومتوسط النسبة ٦٦,٦٪، والثالثة خاصة بالطلاب المبصرين في المدرسة العادية، ومتوسط النسبة ٧٤,٢٪، أما الاستبانة الأخيرة فكانت خاصة بالطلاب المكفوفين الذين طبقت عليهم التجربة وعددهم عشرون طالباً، خلال سنوات تطبيق التجربة ومتوسط النسبة ٥٦,٣٪.

ـ وقد بلغ متوسط النسبة لعناصر الاستبانات الأربع لكل سنة من سنوات التجربة على النحو التالي:

٨١,٩٪ لعام ١٤١٢ هـ، ٦٢,٥٪ لعام ١٤٨٣ هـ، ٧٥,٣٪ لعام ١٤١٤ هـ، وبذلك بلغت النتيجة العامة لنجاح التجربة ٧٣,٢٪.

ـ نتائج الطلاب خلال سنوات التجربة بلغت في عام ١٤١٢ هـ ١٠٠٪ وفي العام ١٤١٣ هـ بلغت ٧١,٤٪ وفي العام ١٤١٤ هـ بلغت ٩١,٧٪، وبذلك تكون النسبة العامة لنتيجة الطلاب في نهاية سنوات التجربة ٨٧,٧٪.

مقومات وضوابط وإجراءات أسلوب الدمج:

ويتضمن ذلك:

١ ـ الضوابط التي تراعى عند اختيار المدرسة الثانوية.

٢ ـ الإجراءات الأولية لتهيئة أطراف الدمج.

٣ ـ المقومات والضوابط اللازمة أثناء تطبيق الدمج.

٤ ـ إجراءات اختيار شهادة الثانوية العامة للمكفوفين.

توصيات اللجنة والتي تتركز فيما يلي:

١ ـ استمرار تطبيق أسلوب الدمج في محافظة الأحساء، واعتباره برنامجاً معتمداً لتعليم المكفوفين.

٢ ـ التوسع في تطبيق أسلوب الدمج في إدارات تعليمية أخرى متى توافرت الضوابط والمقومات اللازمة.

٣ ـ البدء في تطبيق أسلوب الدمج في المرحلة المتوسطة بالأحساء.

٤ ـ دراسة إمكان الأخذ بالدمج في الصفوف العليا بالمرحلة الابتدائية.

٥ ـ نشر التقرير من خلال القنوات النظامية على الإدارات التعليمية لتطبيقه كلما كان ذلك ممكناً.

وفي نطاق نتائج نجاح أسلوب الدمج، فقد استمر تطبيق الدمج في المرحلة الثانوية بالهفوف، وبدأ تطبيقه في متوسطة الأصمعي بالهفوف ابتداءً من العام الدراسي ١٤١٦/١٤١٧ هـ. في كامل صفوف المرحلة المتوسطة، وفي العام نفسه بدأ تطبيق أسلوب الدمج في ثانوية أحد بالمدينة المنورة، ثم انتقل إلى ثانوية الأنصار، وفي العام الدراسي ١٤١٧/١٤١٨ هـ بدأ تطبيقه في ثانوية المدينة في مدينة الدمام، وفي العامين الدراسيين الأخيرين ١٨/١٤١٩ هـ، ١٩/١٤٢٠ هـ، استمر التوسع بشكل كبير ـ في عملية دمج المكفوفين في مدارس التعليم العام بالمملكة.

ب ـ برنامج فتح فصول خاصة بالمكفوفين ملحقة بالمدارس العادية:

اتجهت الأمانة العامة للتربية الخاصة إلى تجريب أسلوب آخر من أساليب الدمج بالتعليم العام، وهذا الأسلوب يتمثل في فتح فصول مستقلة ملحقة بالمدرسة العادية، وإشراك الطلبة في النشاطات التعليمية المناسبة مع أقرانهم العاديين.

وبدأ تطبيق هذا الأسلوب مع بداية العام الدراسي ١٤١٤/١٤١٥ هـ. في المدرسة النموذجية السادسة الابتدائية بجدة. إذ تم فتح فصلين للصف الأول

للمكفوفين بالمرحلة الابتدائية، وتم توفير مقومات ذلك البرنامج بتجهيز غرفة مصادر والأدوات اللازمة واللوازم التعليمية، المطلوبة، والمعلمين المتخصصين.

واستمر تطبيق البرنامج بنجاح، واستمرت الأمانة في التوسع في هذا الأسلوب في مناطق مختلفة من المملكة.

ومما سبق، نلاحظ أن أسلوب دمج الأطفال المعاقين بصرياً قد بدأ تطبيقه في العام الدراسي ١٤١١/١٤١٢ هـ.

إلاّ أن الانطلاقة الحقيقية للتوسع في تطبيق هذا الأسلوب التربوي الحديث، كانت خلال السنوات الثلاث الأخيرة بدءاً من العام الدراسي ١٤١٧/١٤١٨ هـ، حيث بلغ عدد معاهد وبرامج العوق البصري في العام ١٤١٩/ ١٤٢٠ هـ (٢٢ معهداً وبرنامجاً). و ٢٦٥٩ طالباً. وهو ما يوضحه الجدولان التاليان: (١ ، ٢).

توزيع معاهد وبرامج التربية الخاصة حسب الفئات المستفيدة بوزارة المعارف بالمملكة العربية السعودية للعام الدراسي ١٤١٩/ ١٤٢٠ هـ.

الفئة المستفيدة	عدد المعاهد والبرامج	عدد الطلاب	ملاحظات
١ ـ الإعاقة السمعية :			(١)
أ ـ الصم :	٤٥	٢٨١٢	
ب ـ ضعاف السمع	١١	٣٦٢	
المجموع :	٥٦	٣١٧٤	
٢ ـ الإعاقة البصرية :			
أ ـ المكفوفون	٢١	٦٥٩	
ب ـ ضعاف البصر :	١	٢٠٠٠	
المجموع :	٢٢	٢٦٥٩	
٣ ـ الإعاقة العقلية :			
أ ـ (القابلون للتعلم)	٧٠	٤٣٣٨	
٤ ـ الإعاقات الجسمية والحركية	١	١٦٤٢	
٥ ـ متعددو الإعاقة	٣	٢٩	
٦ ـ التوحديون	٥	٤٢	
٧ ـ صعوبات التعلم	٦٨	١٦٧٠	
٨ ـ المتعوقون والموهوبون	١	٣٦٠	
المجموع الكلي :	٢٢٦	١٣٩١٤	

ملحوظة :

- **عدد معاهد النور للبنين ٧ معاهد ـ للمكفوفين وعدد طلابها ٥١٢ طالباً.**
- **عدد برامج المعاقين بصرياً في مدارس التعليم العام ١٤ برنامجاً ـ حتى عام ١٤١٩/ ١٤٢٠ هـ وكانت بداية التجربة عام ١٤١١ هـ.**
- **عدد برامج ضعاف البصر : ١ برنامجاً اعتمد في عام ١٤١٤ هـ.**
- **المجموع : ٢٢ معهداً وبرنامجاً وعدد طلابه ٢٠٠٠ طالباً.**

(١) كتاب مسيرة التربية الخاصة بوزارة المعارف في ظلال الذكرى المئوية لتأسيس المملكة العربية السعودية إعداد د. ناصر علي الموس ١٤١٩هـ ـ ١٩٩٩م.

ويتمتع جميع طلاب معاهد وبرامج النور بمميزات أهمها:

١ ـ دراسة نفس المناهج التي يدرسها أقرانهم في التعليم العام مع استخدام خط برايل كوسيلة رئيسية للقراءة والكتابة وبعض المعينات اللمسية والسمعية.

٢ ـ صرف مكافأة تشجيعية تزاد بانتقال الطالب من مرحلة إلى أخرى.

٣ ـ تأمين الأدوات والأجهزة التعليمية الخاصة مجاناً.

٤ ـ صرف تذاكر سفر ذهاباً وإياباً للطلاب وأولياء أمورهم لمن يضطرون للإقامة في الإسكان الداخلي.

٥ ـ توفير الرعاية الصحية والنفسية.

الخدمات المساندة:

تشرف إدارة المعوق البصري على عدد من الخدمات المساندة التي تلعب دوراً هاماً في تربية وتعليم المعاقين بصرياً وهي:

أ ـ مطابع خادم الحرمين الشريفين:

وتقع في حي السفارات ملحقة بالأمانة العامة للتربية الخاصة وتقدم بطباعة القرآن الكريم وبعض الكتب الدينية والثقافية ومجلة الفجر بالخط البارز (برايل).

ب ـ مطابع التربية الخاصة.

وتقع في حي المعاهد بالشميسي جنوب مجمع الرياض الطبي، وتقوم بنقل الكتب المدرسية من الخط العادي إلى الخط البارز (برايل).

جـ ـ المكتبة المركزية الناطقة:

وتقع في حي المعذر على شارع الأمير عبد العزيز بن مساعد بن جلوي، وتقوم بتوفير الكتب الدينية والثقافية المختلفة المسجلة على أشرطة، بما فيها بعض المقررات الدراسية للمكفوفين أينما كانوا. وتقوم بعقد الندوات والمحاضرات واللقاءات وتسجيلها.

د ـ مركز إنتاج الوسائل التعليمية:

أنشىء عام ١٤٠٦ هـ بمعهد النور بالرياض، ويقوم بإنتاج الوسائل التعليمية

المختلفة لخدمة المقررات الدراسية في معاهد وبرامج النور بصورة رئيسية، ثم توسع عمله ليشمل إنتاج بعض الوسائل التعليمية لبقية برامج التربية الخاصة.

هـ ـ مراكز تعليم وتدريب المكفوفين خارج المملكة.

تشرف إدارة العوق البصري على المعهد السعودي البحريني للمكفوفين والمركز السعودي لتأهيل وتدريب الكفيفات بالأردن، كما تقوم بتقديم الاستشارات والمساعدات للجمعيات والمؤسسات والأفراد في العالم العربي والإسلامي.

الجدول رقم (٢)

توزيع معاهد وبرامج التربية الخاصة حسب أنماط تقديم الخدمة بوزارة المعارف بالمملكة العربية السعودية للعام الدراسي ١٤١٩/ ١٤٢٠ هـ[١].

نمط الخدمة	الفئة المستفيدة	عدد المعاهد والبرامج	عدد الطلاب	ملاحظات
١ ـ المعاهد الداخلية	الصم:	١١	١٤٥٦	داخلي (٣٤٦) خارجي (١١١٠)
	المكفوفون:	٥	٤٥٩	داخلي (٢٠٤) خارجي (٢٥٥)
	المتخلفون عقلياً (القابلون للتعلم)	٥	١٥٧٩	داخلي (٢٨٦) خارجي (١٢٩٣)
	المجموع:	٢١	٣٤٩٤	داخلي (٨٣٦) خارجي (٢٦٥٨)
٢ ـ المعاهد النهارية	الصم:	٨	٦٣٧	
	المكفوفون:	٢	٥٣	
	المتخلفون عقلياً (القابلون للتعلم)	٧	١١٩٦	
	المجموع:	١٧	١٨٨٦	
٣ ـ مراكز مسائية	الصم الكبار	٧	٢٠٤	
	ذوو صعوبات التعلم	٣	٢٣٠	
	المجموع	١٠	٤٣٤	
٤ ـ برامج الفصول الملحقة بمعاهد التربية الخاصة:	التوحديون	٥	٤٢	
	متعددو الإعاقة	٣	٢٩	
	المجموع	٨	٧١	

---

(١) كتاب مسيرة التربية الخاصة بوزارة المعارف في ظلال الذكرى المئوية لتأسيس المملكة العربية السعودية إعداد د. ناصر علي الموس ١٤١٩هـ ـ ١٩٩٩م.

ويتولى الإشراف على هذه المعاهد والبرامج: إدارة العوق البصري. التي تم إنشاءها عام ١٣٩٤ هـ.

وتتلخص مهامها في الآتي:

١ ـ التخطيط والإشراف والمتابعة للمعاهد والبرامج.

٢ ـ توفير الكتب المطبوعة المسجلة والوسائل التعليمية.

٣ ـ تطوير المناهج وخطط التوجيه والإرشاد الطلابي والتشخيص.

٤ ـ توفير قواعد معلومات عن الطلاب والعاملين بالمعاهد والبرامج وإعداد الإحصائيات ورفعها للجهات المختصة.

٥ ـ التعاون والتنسيق مع الإدارات ذات العلاقة.

الأجهزة والأدوات واللوازم التعليمية:

توفر الوزارة لطلاب معاهد وبرامج المعاقين بصرياً الأجهزة والأدوات واللوازم والوسائل التعليمية السير العملية التعليمية بيسر. وتسليم كل طالب بدون مقابل لوحة كتابة خشبية بطريقة برايل مع لوازمها، ولوحة مكعبات فرنسية بلوازمها. وآلة كاتبة بطريقة برايل، وتصرف الآلة الكاتبة لكل طالب ابتداءً من الصف الرابع الابتدائي وتكون ملكاً له ليستعين بها في دراسته الجامعية، ويوجد بكل معهد أعداد كافية من أدوات الهندسة ـ الأمريكية والألمانية الطراز ماركة نورما، بجانب أدوات الهندسة التي قام ويقوم مركز الوسائل التعليمية للمكفوفين بإنتاجها.

ويزود مركز الوسائل التعليمية المعاهد والبرامج بإنتاجه من جميع أنواع الوسائل والأدوات التعليمية بأعداد تغطي احتياجات الطلاب.

وقد زودت الوزارة المعاهد والبرامج بمقاييس بارزة للضغط الجوي ولقياس نسبة الرطوبة في الجو، وكذا لقياس حرارة الجو وقياس ضغط الدم عند الإنسان إلى جانب ترمومترات لقياس درجة الحرارة للإنسان، وبوصلات بارزة لمعرفة الجهات الأصلية، ويوجد بالمعهد آلات كاتبة برايل، لاستخدام المبصرين بمعنى أن لوحة المفاتيح عادية لكنها تطبع الانجليزية بطريقة برايل، وآلات ترموفورم للتشكيل الحراري، وتفيد هذه الآلات في توفير الوسائل والخرائط والمطبوعات البارزة بالأعداد التي يرغبها المعلم لتوزيعها على الطلاب، وفي زمن قصير جداً، وأيضاً في

سحب أسئلة الاختبارات والتطبيقات والمذكرات. . الخ.

وتتوفر في معاهد وبرامج النور الأجهزة والأدوات الرياضية الخاصة بالمكفوفين مثل: الكور الصوتية الكهربائية والجرسية العادية، والعجلات الثابتة والعصي البيضاء التي تستخدم لتدريبات التحرك وإدراك الاتجاهات.

وبالنسبة لتدريس مادة التربية الفنية، زودت الوزارة المعاهد والبرامج بوحدات كاملة من الخزف والصلصال وأفران حرق للانتاج التشكيلي للطلبة من خامة الصلصال، وأيضاً بمناشير كهربائية ورقائق الألومنيوم للتشكيل الفني من خلال النماذج المجسمة. . . الخ.

وفي هذا النطاق تم توفير الآلات الكاتبة العربية والانجليزية العادية في كل معهد وبرنامج لتدريس مادة الآلة الكاتبة بالمرحلتين المتوسطة والثانوية، والتي سجل محلها تدريجياً أجهزة الحاسب الآلي.

المكتبات المدرسية:

وتنقسم المكتبة إلى ثلاثة أقسام:

أ ـ قسم للمكتبة الثقافية المطبوعة بالخط العادي، وهي منظمة حسب التصنيف العشري لجون ديوي ويحتوي هذا القسم على العديد من الكتب التربوية والتعليمية والمنهجية والثقافية والدوريات والمطبوعات التي تعتبر مراجع للمعلمين، لتوزيع محيط ثقافتهم ودائرة معارفهم، الأمر الذي له مردوده التربوي والعلمي على المستوى التحصيلي للطلاب.

ب ـ قسم المكتبة الثقافية المطبوعة بطريقة برايل، وفي مقدمة ما يتضمنه هذا القسم القرآن الكريم (٦ مجلدات للنسخة الواحدة) والمعجم والقاموس العصري للغة الانجليزية، بجانب بعض الكتب الإسلامية والثقافية والمجلات والدوريات التي تصدر في العالم العربي أو تلك تصدر تحت إشراف هيئة اليونسكو.

جـ ـ قسم خاص بالكتب الصوتية:

والتي تقوم المكتبة المركزية الناطقة بتسجيلها أو مسجلة في جهات حكومية أخرى وتشرف المكتبة على نسخها، وإرسال نسخة منها إلى معاهد وبرامج النور.

ومن بين ما يتضمنه هذا القسم القرآن الكريم، وكتب ثقافية وإسلامية ومقررات دراسية للمرحلتين المتوسطة والثانوية، خاصة لمواد التربية الإسلامية واللغة العربية واللغة الانجليزية والاجتماعيات.

ويوجد في هذا القسم أجهزة تسجيل ونسخ ومسح، ويقوم المعلمون والطلاب بتوظيف تلك الأجهزة في تسجيل النشاط الإسلامي والتعليمي والثقافي والاجتماعي بالمعاهد.

الاختبارات:

تسير اختبارات معاهد وبرامج النور وفق القواعد والإجراءات التنظيمية التي تسير عليها اختبارات التعليم العام، لسنوات النقل والشهادات العامة. وتتم اختبارات الشهادات الابتدائية والكفاءة الثانوية لا مركزياً من قبل المعاهد.

إلاَّ أنه في عام ١٤١٧ هـ. صدر قرار معالي وزير المعارف برقم ٢٧/١٥٠٤ في ١٤١٧/٧/٢٩ هـ بجعل اختبارات الثانوية العامة مركزية، وتوحيدها مع اختبارات الثانوية العامة للمبصرين علماً بأن الأسئلة تطبع بطريقة برايل.

ملحوظة:

يحتاج الكفيف إلى وقت أطول في تأدية الاختبارات من نظيره المبصر بسبب البطء في الكتابة بطريقة برايل.

جـ ـ برنامج رعاية الطلاب ضعاف البصر في التعليم العام.

تنفيذاً للتوجيهات السامية في عام ١٣٩١ هـ برعاية الطلاب الذين لديهم قدر من قوة الإبصار بتطبيق نظام تربوي مناسب لهم، واستشعاراً من الأمانة العامة للتربية الخاصة بمسؤولياتها نحو رعاية الفئات الخاصة حسب ما تضمنته سياسة التعليم في المملكة العربية السعودية (١٣٨٩ هـ)، وسعياً لتحقيق أهداف رعاية الأطفال الذين لديهم ضعف في البصر فقد تمحورت الجهود التي بذلت في هذا النطاق فيما يلي:

١ ـ شكلت لجنة من التربية الخاصة والإدارات المعنية بجهاز الوزارة في عام ١٣٩١ هـ، وانتهت اللجنة من إعداد محضر يتضمن برنامجاً متكاملاً لتعليم الطلاب ضعاف البصر في مدرسة خاصة بهم، تتوفر فيها متطلبات الدراسة والرعاية البصرية

الملائمة لهم، وتم اعتماد إنشاء تلك المدرسة في ميزانية التربية الخاصة عام ١٣٩٨/٩٧ هـ.

٢ ـ في العام الدراسي ١٤٠٤/ ١٤٠٥ هـ قامت التربية الخاصة بالتعاون مع الإدارة العامة للتعليم بالرياض بتطبيق مسح أولي للطلاب ضعاف البصر في المدارس الابتدائية في مدينة الرياض من خلال تعبئة استمارة بها مجموعة من المؤشرات التربوية والتعليمية للتعرف على مثل هؤلاء الطلاب، ويقوم معلم الفصل بتعبئتها، وتم تعبئة استمارات في ٨١ مدرسة من بين ٢٢٢ مدرسة ابتدائية أي بنسبة ٣٨,٧٪، وبلغ عدد الطلاب بالمدارس التي طبقت فيها الاستمارة (٢٧٠٦٢) طالباً من بين (٧٦٥٦٥) طالباً أي بنسبة ٣٥,٣٪ ووصل عدد الطلاب الذين يحتمل وجود ضعف بصر لديهم ٦٩٥ طالباً، أي بنسبة ٢,٦٪ من مجموع طلاب مدارس العينة.

٣ ـ قامت التربية الخاصة بتوجيه من معالي الوزير وسعادة وكيل الوزارة بحصر شامل للطلاب الذين لديهم ضعف في البصر بالتعليم العام خلال العام الدراسي ١٤١٢ هـ لتحديد حجم المشكلة ودراستها، وذلك من خلال تصميم استمارة لجمع المعلومات الأساسية تشمل: اسم المدرسة، اسم الطالب، العمر، الصف، درجة الإبصار في العين قبل التصحيح بالنظارة وبعد التصحيح بالنظارة، التشخيص الإكلينيكي للبصر، وتم تعميم تلك الاستمارة على الإدارات التعليمية لتقوم الوحدات الصحية المدرسية لديها بعمل الحصر الشامل وتعبئة الاستمارة، وأسفرت دراسة البيانات التي وصلت من ٣١ إدارة تعليمية عن وجود (١٦٠٣) حالة ضعف بصر، في حين أفادت (٧) إدارات تعليمية بعدم وجود حالات ضعف بصر لديها، وتم تصنيف حالات ضعف البصر حسب درجة الإبصار ونوع الخدمات التربوية التي تحتاجها إلى ثلاث فئات:

١ ـ فئة:

(أ) وهي الحالات التي لديها ضعف بصر ويمكن تلافي هذا الضعف باستعمال النظارة الطبية، بحيث تصل درجة بصرهم إلى ٦/ ٢٤ فأكثر.

٢ ـ فئة:

(ب) وهي الحالات التي لديها ضعف بصر ويمكن تحسين درجة البصر

باستخدام النظارة الطبية بحيث يتراوح بين ٦/ ٢٤، ٦/ ٦٠.

٣ ـ فئة:

(جـ) وهي الحالات التي لديها ضعف شديد في البصر ويمكن تحسين درجة البصر باستخدام النظارة الطبية، والمعينات البصرية بحيث تزيد درجة البصر بعد العلاج والتصحيح بالنظارة على ٦٪.

وفي ضوء نتائج الدراسة أعدت الأمانة العامة للتربية الخاصة برنامجاً لرعاية وتعليم وتربية الطلاب الذين لديهم ضعف في البصر، ولقد ركز البرنامج على تقديم الخدمات التربوية والتعليمية والرعاية البصرية المناسبة لهم، واستمرارهم في نفس مدارسهم، وفتح فصول خاصة ملحقة في بعض المدارس إذا توافر خمسة طلاب فأكثر من ضعف واحد.

وقد استطرد الموسى قائلاً: «ووافق معالي الوزير على تنفيذ البرنامج المذكور بالتعميم رقم ٢٧/٥٧٩ في ١٤١٤/٨/١٩ هـ من قبل إدارات التعليم بالتنسيق مع الوحدات الصحية المدرسية، واستمرار الكشف عن مثل هؤلاء الطلاب في المدارس العادية، وبعث نتائج فحص بصرهم وتحديد المعين البصري إلى الأمانة العامة للتربية الخاصة لتزويدهم بالأدوات التعليمية والمعينات البصرية».

وقامت (١٥) إدارة تعليم حتى نهاية شهر ذي القعدة ١٤١٥ هـ بتطبيق تعميم معالي الوزير، منها إدارة تعليمية واحدة في (ينبع)، أفادت بعدم وجود حالات ضعف بصر بين طلاب مدارسها، في حين وصلت للأمانة العامة نتائج التشخيص من قبل (١٤) إدارة تعليمية على النحو التالي:

فئة أ بنسبة ٨٣٪ تقريباً.
فئة ب بنسبة ٩٪ تقريباً.
فئة جـ بنسبة ٨٪ تقريباً.

وقامت الأمانة العامة بتزويد الإدارات التعليمية المعنية بالأدوات التعليمية والمعينات البصرية الملائمة لكل حالة، وطلبت أهمية متابعة المرشد الطلابي في المدرسة التي يوجد بها هؤلاء الطلاب من فئتي ب، جـ بوجه خاص بمتابعتهم تربوياً ودراسياً، وتوظيف المعينات البصرية في العملية التعليمية.

وأسفرت إعادة مخاطبة الإدارات التعليمية في أوائل العام الدراسي ١٤١٧/١٤١٦ هـ بمتابعة فحص الطلاب الذين لديهم ضعف بصر بمدارس التعليم العام حسب تعميم معالي الوزير رقم ٢٧/٥٧٩ في ١٤١٤/٨/١٩ هـ بهذا الخصوص، عن حصر حالات ضعف البصر للفئات الثلاث في ٢٧ إدارة تعليمية، وأفادت جمع إدارات تعليمية بعدم وجود حالات ضعف بصر بين طلاب مدارسها.

وتم تصنيف الحالات على النحو التالي: .

فئة أ بنسبة ٩٢,٨٪ من مجموع الحالات.

فئة ب بنسبة ٢,٤٪ من مجموع الحالات.

فئة جـ بنسبة ٤,٨٪ من مجموع الحالات.

وقامت الأمانة العامة بتزويد الإدارات التعليمية بالأدوات التعليمية والمعينات البصرية، وبذلك بلغ مجموع الحالات التي أمكن حصرها خلال عامين دراسيين (٢٠٠٠) حالة أي بنسبة ٨٩,٥٪، ٤,٧٪، ٥,٨٪ موزعة على الفئات الثلاث على التوالي.

ثالثاً: معاهد وبرامج العون السمعي:

١ ـ **معاهد الأمل للصم**: نشأتها:

كانت البداية الرسمية لتعليم الصم في عام ١٣٨٤ هـ عندما افتتحت الوزارة معهدين للطلاب الصم في مدينة الرياض، أحدهما للبنين والآخر للبنات، التحق بهما ٤١ طالباً وطالبة وفي عام ١٤١٤/١٣ هـ، بلغ عدد معاهد وبرامج الأمل للبنين والبنات ٣٢ معهداً وبرنامجاً، التحق بهما ٣٤٥٦ طالباً وطالبة.

وفي بداية عام ١٤١٤ هـ، انتقلت اختصاصات معاهد الأمل للبنات إلى الرئاسة العامة لتعليم البنات.

وفي نهاية العام الدراسي ١٤١٧/١٦ هـ انخفض عدد المعاهد والبرامج للمعاقين سمعياً إلى ٢٢ معهداً وبرنامجاً، يدرس بها ٢٣٧٢ طالباً، وذلك بسبب انتقال تبعية معاهدة البنات إلى الرئاسة العامة للبنات غير أنه في عام ١٤٢٠/١٩ هـ ارتفع عدد المعاهد وبرامج العوق السمعي إلى ٥٦ معهداً وبرنامجاً تخدم ٣١٧٤ طالباً

(انظر الجدول رقم (١)).

شروط القبول:

يشترط القبول في معاهد وبرامج المعاقين سمعياً ما يلي:

١ ـ أن يكون الطالب أصم كلياً أو جزئياً بدرجة ٧٠ ديسبل.

٢ ـ أن يكون لائقاً صحياً.

٣ ـ؛ لا تقل درجة ذكائه عن ٧٥ درجة.

٤ ـ ألا يكون لديه عوق آخر يحول دون الاستفادة من استفادته من البرنامج التعليمي.

٥ ـ تكون الأولوية في البرنامج للسعوديين.

٦ ـ ألا يقل عمره عن خمس سنوات للقبول بالمرحلة التحضيرية، ولا يزيد عن ١٥ سنة للقبول في المرحلة الابتدائية (ست سنوات بالمرحلة الابتدائية).

السلم التعليمي: (نظام الدراسة):

تطبق معاهد وبرامج الأمل سلماً تعليمياً يتكون من أربع مراحل:

١ ـ المرحلة التحضيرية ـ سنة واحدة.

٢ ـ المرحلة الابتدائية ـ ست سنوات.

٣ ـ المرحلة المتوسطة ـ ثلاث سنوات.

٤ ـ المرحلة الثانوية الفنية ـ ثلاث سنوات.

المناهج والكتب الدراسية:

يطبق في كل مرحلة منهج يتناسب مع قدرات وظروف الطالب المعاق سمعياً.

١ ـ المرحلة التحضيرية:

تعتبر مرحلة تهيئة للمرحلة الابتدائية ـ لتدريب قدرات الطفل السمعية وتوظيفها في العملية التعليمية، وعلاج عيوب النطق قدر الإمكان، وإكسابه بعض المهارات الأساسية.

وتستمر هذه المرحلة سنة واحدة، وتشمل الخطة الدراسية على ٣٠/ ٣١ حصة

أسبوعياً، تشتمل على مواد التربية الإسلامية، وتدريبات السمع وعلاج النطق والقراءة والكتابة والرياضيات والعلوم، والتربية الفنية والتربية البدنية.

٢ ـ المرحلة الابتدائية:

تطبق تلك المرحلة منهجاً مستمداً من منهج المرحلة الابتدائية في التعليم العام، بعد تعديله ليكون منسجما مع متطلبات العوق السمعي. بالإضافة إلى تدريس بعض المقررات الخاصة بالعوق مثل: تدريب الطفل على استثمار بقايا السمع لديه في العملية التعليمية، والتدريب على النطق وقراءة الشفاه واستخدام المعينات السمعية الفردية، واستخدام الأبجدية الإشارية والأرقام العربية الموحدة.

وتبلغ مدة الدراسة ست سنوات، ولقد وضعت أول خطة دراسية لمعاهد الأمل الابتدائية عام ١٣٨٤ هـ بمعدل ٣٤ حصة أسبوعية، ثم عدلت الخطة بعد عشر سنوات وخفضت إلى ٣٠ حصة أسبوعياً.

٣ ـ المرحلة المتوسطة:

مدتها ثلاث سنوات، ويتلقى الطالب فيها مقررات ثقافية مسايرة لمناهج التعليم العام. إضافة إلى بعض المجالات المهنية.

وقد وضعت أول خطة دراسية لتلك المرحلة عام ١٣٩٣ هـ بمعدل ٣٦ حصة أسبوعياً، ثم عدلت الخطة بعد ٤ سنوات أي في عام ١٣٩٦ هـ لتصبح ٣٠ حصة أسبوعياً، ثم طورت بعد خمس سنوات في عام ١٤٠١ هـ لتصبح ٣٢ حصة أسبوعياً ثم طورت مرة أخرى في عام ١٤١٣ هـ لتتمشى مع الخطة الدراسية للتعليم العام.

٤ ـ المرحلة الثانوية:

بدأت هذه المرحلة عام ١٤١٠ هـ، ومدتها ثلاث سنوات، وتتكون الخطة الدراسية من ٣٢ حصة في الأسبوع. وتنقسم المناهج إلى قسمين:

القسم الأول: ثقافي يتضمن قدراً مناسباً من الثقافة العامة والمعرفة المستمدة من مناهج المرحلة الثانوية بالتعليم العام، فيدرس الطالب مواد التربية الإسلامية، اللغة العربية، اللغة الانجليزية، الرياضيات، الاجتماعيات التربية الرياضية للبنين (تربية بدنية).

القسم الثاني: فني ويضم عدداً من المجالات المهنية، حيث يتخصص الطالب في أحدها وهي:

السكرتارية، الآلة الكاتبة العربية والانجليزية، الحاسوب، التصوير الضوئي، المستندات، التمديدات الكهربائية، المكتبات، الديكور، والزخرفة.

وفي عام ١٤١٨ هـ أقرت اللجنة العليا للبرامج والمناهج بالوزارة خطة دراسية مطورة للمرحلة الثانوية تنسجم مع خصائص واحتياجات المعاقين سمعياً.

وبناءً عليه فقد قامت لجنة مشتركة من التربية الخاصة بالوزارة وآخرين من مؤسسة التعليم الفني والتدريب المهني بإعداد خطط دراسية للمسارات التخصصية البريدة في المجال الفني المهني سيتم ـ فور إقرارها من اللجنة العليا للبرامج والمناهج بالوزارة ـ العمل بها.

إدارة العوق السمعي:

تهدف هذه الإدارة إلى التخطيط والإشراف الفني على معاهد الصم وضعاف السمع من البنين، والمشاركة في تطور مناهجها، وتوفير المستلزمات الفنية والتربوية اللازمة لها، ورفع مستوى العملية التعليمية والكوادر المهنية العاملة في مجال العوق السمعي.

٢ ـ برامج المعاقين سمعياً في التعليم العام:

أ ـ برامج الفصول الملحقة بالمدارس العادية:

بدأت الأمانة العامة للتربية الخاصة في تطبيق مبدأ دمج الطلاب المعاقين مع أقرانهم في التعليم العام في مجال الصم منذ عام ١٤١١ هـ.

ففتحت فصولاً ملحقة بالمدرسة العادية في منطقة سكاكا (الجوف) ثم بدأ ينتشر هذا الاتجاه في مناطق ومحافظات أخرى من المملكة مثل الخرج وحفر الباطن وحائل والقريات.. الخ.

ويتلقى الطلاب نفس مناهج معاهد الأمل الابتدائية على يد معلمين متخصصين.

ب ـ برامج ضعاف السمع والنطق في التعليم العام:

تهدف هذه البرامج إلى ما يلي:

١ ـ الأخذ بيد فئتين من الطلاب هما فئة ضعاف السمع وفئة تعاني من صعوبات في النطق والكلام وتؤثر على تحصيلهم الدراسي والتكيف الاجتماعي داخل الفصل.

٢ ـ إتاحة الفرصة لضعاف السمع والنطق لمواصلة دراستهم حسب مناهج التعليم العام بطريقة تفي باحتياجاتهم التعليمية والتربوية، والاستفادة من العناية الطبية والتربوية وخدمات التربية السمعية المتوفرة في معاهد الأمل.

٣ ـ العمل على تعزيز الثقة بالنفس وتلبية احتياجاتهم النفسية لتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي.

محاولة استثمار الطاقات الموجودة لدى هؤلاء الطلبة للمساهمة في تنمية المجتمع.

شروط القبول في برامج ضعاف السمع والنطق:

حددت شروط القبول في البرامج بالآتي:

١ ـ ألا يقل عامل ذكاء الطالب عن ٩٠ درجة.

٢ ـ تكون عتبة سمع الطالب بين ٤٠ إلى ٦٥ ديسبل بدون استخدام المعينات السمعية.

٣ ـ عدم وجود عوق آخر لدى الطالب يحول دون استفادته من البرنامج التعليمي.

٤ ـ أن يتم تحويل الطالب من إحدى مدارس التعليم العام.

وتشكل لجنة للقبول يرأسها مدير المدرسة أو من ينوب عنه ويشترك فيها كل من:

- معلم تقويم النطق.
- معلم التربية الخاصة.
- المرشد الطلابي.

ويستمر الطالب مقيداً في سجلات مدرسته الأصلية ليعود إليها إذا تحسن وضعه أو رأت ذلك اللجنة التي تعتمد قبول الطالب في هذا البرنامج.

ويستمر الطالب في الدراسة بالفصول حتى الصف السادس إلا من ترى لجنة القبول إمكانية دمجه بنجاح مع أقرانه في التعليم العام، مع متابعته عن طريق أحد المعلمين المتخصصين.

تطبيق البرنامج:

بدأ تطبيق البرنامج بمعهد الأمل الابتدائي بشرق الرياض خلال العام الدراسي ١٤٠٢ هـ، وذلك بفتح فصلين دراسيين، أحدهما لتقويم عيوب النطق والكلام (١٣) طالباً والآخر لضعاف السمع (١١) طالباً.

وفي العام ١٤١٠ هـ تم نقل هذا البرنامج إلى مدرسة ابتدائية مع مراعاة الضابطين التاليين:

١ ـ ألا يقل عدد الطلاب عن خمسة ولا يزيد عن عشرة في الفصل الواحد.

نتائج تطبيق البرنامج:

في ضوء تطبيق البرنامج من عام ١٤٠٩ هـ إلى عام ١٤١٧/١٦ هـ تحققت النتائج التالية:

١ ـ التكيف النفسي والاجتماعي للطلاب ضعاف السمع ومن لديهم عيوب في النطق مع زملائهم العاديين.

٢ ـ وصول الطلاب ضعاف السمع ومن يعانون من عيوب النطق إلى نفس المستوى التحصيلي للطلاب العاديين بوجه عام.

٣ ـ توفير الخدمات الخاصة التي تقدم لهذه الفئة من الطلاب كالتدريب على النطق وتخفيض أعداد الطلاب بالفصل مع الاستفادة من المعلمين المتخصصين.

٤ ـ تفهم المعلمين والطلاب العاديين لقدرات واستعدادات الطلاب ضعاف السمع والنطق للتعلم.

٥ ـ إعادة عدد الطلاب إلى مدارسهم في التعليم العام بعد تدريبهم وتأهيلهم

لمواصلة دراستهم مع أقرانهم العاديين.

٦ ـ ازدياد عدد الطلاب المستفيدين من هذا البرنامج.

تقويم البرنامج:

تحت متابعة البرنامج وتقويمه من قبل لجنة مشتركة من مندوبين عن الإدارات التالية:

- ـ الإدارة العامة للإشراف التربوي.
- ـ الإدارة العامة للتوجيه والإرشاد.
- ـ الأمانة العامة للتربية الخاصة.

وقد تضمن محضر اجتماع اللجنة المكلفة بدراسة وتقويم برنامج فصول ضعاف السمع والنطق ١٤١٥ هـ التوصيات التالية:

١ ـ استمرار التجربة بالضوابط والشروط المطبقة حالياً.

٢ ـ فتح برامج مماثلة في غرب الرياض وجدة والدمام في مدارس، نموذجية قدر الإمكان.

٣ ـ مراعاة حالة الطلاب الذين لديهم عيوب في النطق والكلام في الاختبارات الشفهية، ويمكن استبدالها باختبارات تحريرية، أو إعطائهم من الاختبارات الشفوية إذا لزم الأمر.

٤ ـ دمج فئة ضعاف السمع والنطق في الفصول العادية بنفس المدرسة التي يطبق فيها البرنامج لمن نجحوا من الصف الثالث الابتدائي فما فوق، وذلك قبل عودتهم لمدارسهم بالتعليم العام.

٥ ـ زيادة عدد معلمي تدريبات النطق لأهمية التدريب الفردي للطلاب وخاصة بالصفوف الثلاثة الأولى.

٦ ـ حذف مادة التجويد في الصفين الرابع والخامس لمحدودية استفادة الطلاب ضعاف السمع والنطق من هذه المادة، وإضافة هذه الحصة إلى القرآن الكريم بالصف الرابع وإلى حصص القراءة بالصف الخامس.

٧ ـ تخفيض حصص مادة تدريبات النطق في الصف الخامس من حصتين إلى حصة واحدة واستثمار وقتها لمصالح مادة القواعد لتكون حصتين بدلاً من حصة واحدة.

٨ ـ حذف مادة تدريب النطق بالصف السادس الابتدائي والاستفادة منها في اللغة العربية (القراءة والقواعد) للتقريب بين هذه الخطة وخطة مناهج التعليم العام.

واعتباراً من العام الدراسي ١٤١٧/١٤١٨ هـ، تم التوسع في استحداث هذه البرامج ليصبح عددها ستة برامج موزعة على كل من الرياض، جدة، المنطقة الشرقية.

فقد تم مع بداية العام الدراسي ١٤١٨/١٧ هـ استحداث برنامج معلم متجول واحد لخدمة التلاميذ ضعاف السمع في المرحلة المتوسطة، غير أن هذا البرنامج قد تحول إلى برنامج معلم مستشار. ويعود السبب في ذلك إلى كون المعلمين القائمين عليه متخصصين في التربية الخاصة، ولم يعدوا أكاديمياً لدراسة المواد مباشرة.

ومع بداية العام الدراسي ١٤١٩/ ١٤٢٠ هـ، تم استحداث أربعة برامج غرف مصادر لخدمة التلاميذ ضعاف السمع في المرحلة الابتدائية انظر الجدول رقم (٢).

٣ ـ برامج الفصول المسائية لمحو الأمية وتعليم الكبار الملحقة بمعاهد الأمل (المرحلة الابتدائية) (والمتوسطة):

اهتمت الوزارة بفتح فصول مسائية لمحو الأمية ملحقة بمعاهد الأمل في مناطق مختلفة من المملكة لتعليم الصم الذين فاتتهم الفرصة للتعليم في السن المدرسية، ويرغبون في التعلم مثل زملائهم.

وتستمر هذه البرامج لمدة ٣ سنوات، يتلقى الدارس خلالها مناهج معاهد الأمل الابتدائية بمعدل ١٥ حصة أسبوعياً.

بحيث يدرس الدارس منهج الصفين الأول والثاني في الستة الأولى ومنهج الصفين الثالث والرابع في السنة الثانية ومنهج الصفين الخامس والسادس في السنة الثالثة، وامتداداً لهذه المرحلة فقد أنشئت مرحلة متوسطة لكبار السن في مناطق

مختلفة من المملكة تطبق نفس المناهج لمعاهد الأول المتوسطة الصباحية. مدتها ٣ سنوات.

وعدد برامج المرحلة الابتدائية (٤) برامج يستفيد منها (٥٠) طالباً، وعدد برامج المرحلة المتوسطة (٣) برامج يستفيد منها (٤٦) طالباً.

٤ ـ برامج لفصول المسائية للمرخلة الثانوية:

تمتد برامج الصم المسائية إلى المرحلة الثانوية، ولتحقيق رغبة الطلاب الحاصلين على شهادة الكفاءة المتوسطة للصم، فقد فتحت الوزارة برنامجاً ثانوياً مسائياً بمعهد الأمل الثانوي في الرياض منذ عام ١٦/١٤١٧ هـ.

وتسير الدراسة بهذا البرنامج حسب خطة ومناهج الفترة الصباحية. وعدد برامج هذه المرحلة (٤) برامج، ويستفيد منها(١٠٨) طالب. ومدتها ثلاث سنوات.

٥ ـ برامج المعلم المتجول والمعلم المستشار:

يوجد برنامج المعلم المستشار ويقوم بمتابعة الطلاب الذين لديهم مشاكل في السمع أو النطق، ويواصلون تعليمهم في الصفوف العادية، ويعمل على تقديم الخدمات التربوية المناسبة لهم، وتقديم الاستشارة للمعلمين في هذه الصفوف، ويستفيد من هذا البرنامج (٢١) طالباً في عام ١٤١٩/ ١٤٢٠ هـ.

كما يوجد برنامج المعلم المتجول الذي يقوم بالتدريس من خلال غرف المصادر في مدارس التعليم العام التي تتوفر بها كامل المستلزمات المكانية والتجهيزات البشرية، وقد بلغ عدد غرف المصادر (٤) غرف يستفيد منها (٧٦) طالباً في عام ١٤١٩/ ١٤٢٠ هـ.

الأجهزة والأدوات واللوازم التعليمية:

تزود الوزارة معاهد وبرامج المعاقين سمعياً بالتجهيزات التعليمية والعديد من الأدوات والوسائل والأجهزة السمعية المدنية وأهمها:

١ ـ الأجهزة السمعية الجماعية التي يستخدمها من لديهم بقايا قدرات سمعية.

٢ ـ النظام المغناطيسي الدائري لتضخيم الصوت داخل الفصل.

٣ ـ أجهزة تدريب وتصحيح النطق مثل الشاشات التلفزيونية، جهاز التدريب على نطق الحروف المتشابهة في أصواتها ومخارجها.

٤ ـ المعينات السمعية الفردية، وهي أنواع متعددة مثل: سماعة الجيب للأطفال الصغار، سماعة خلف الأذن، سماعة داخل الأذن، سماعة النظارة.

٥ ـ أجهزة قياس السمع بأنواعها، الثابت منها والمتحرك، لقياس السمع وضغط الأذن الوسطى.

٦ ـ المرآة العاكسة لحركات الشفاه واللسان وتعابير الوجه.

٧ ـ الوسائل التعليمية كالفانوس السحري وأجهزة عرض الصور بأنواعها، والأفلام التعليمية وأجهزة الفيديو.

يصرف للطالب الأصم المعينات السمعية دون مقابل حسب درجة سمعه.

الاختبارات:

تطبق معاهد وبرامج المعاقين سمعياً نفس التعليمات والضوابط التي تسير عليها اختبارات التعليم بالعام بعد تكييفها حسب ظروف الطلاب المعاقين سمعياً.

ثالثاً: معاهد وبرامج التربية الفكرية:

١ ـ معاهد التربية الفكرية:

نشأتها: أنشأت الوزارة أول معهد لتعليم القابلين للتعلم من المتخلفين عقلياً في العام الدراسي ١٣٩٢/٩١ هـ، بمدينة الرياض، وفي العام الدراسي ١٤١٧/١٦ هـ بلغ عدد المعاهد (١٢) معهداً للبنين، وتوالى إنشاء المعاهد حتى بلغت (٧٩) معهداً عام ١٤١٩/ ١٤٢٠ هـ وبلغ عدد المستفيدين من البرامج (٤٣٨٤) طالباً.

كما امتدت الرعاية إلى الأطفال التوحديين والأطفال مزدوجي الإعاقة، وذلك بافتتاح عدد من البرامج لهاتين الفئتين في معاهد التربية الفكرية منها (٥) برامج للتوحديين و (٣) برامج لمزدوجي الإعاقة، ويبلغ جملة الطلبة المستفيدين منها (٧١) طالباً.

من هم طلاب التربية الفكرية:

هم الأطفال القابلون للتعلم الذين يظهرون قصوراً في الأداء العقلي والتحصيل الأكاديمي، والسلوك الاجتماعي مقارناً بالعاديين، وتختلف درجة القصور من فرد إلى آخر.

أهداف معاهد وبرامج التربية الفكرية:

تهدف معاهد وبرامج التربية الفكرية إلى تقديم الخدمات التربوية والتعليمية والترويحية عن طريق تعلم المهارات الأساسية في القراءة والكتابة، مع تنمية القدرة على الكلام والتعبير والنطق السليم، ومزاولة النشاط الرياضي والفني والتي يكتسب الطالب من خلالها أنماطاً سلوكية اجتماعية جيدة.

كما تهدف إلى تكوين الشخصية المسلمة الملتزمة بالأخلاق الإسلامية، وتنمية قدرة الطالب على التعامل مع الآخرين، وتحقيق التكليف النفسي والتوافق الانفعالي والاستقلالية الذاتية للطالب.

شروط القبول:

١ ـ أن يكون عمر الطالب ما بين ٦ ـ ١٤ سنة.

٢ ـ تعطى الأولوية في القبول للسعوديين.

٣ ـ أن يكون الطالب مستقراً نفسياً وليس لديه ما يعوقه عن الاستفادة من المناهج والخطط التربوية.

٤ ـ أن يكون الطفل لائقاً صحياً وخالياً من الأمراض المعدية.

٥ ـ أن يكون ذكائه بين ٥٠ و ٧٥ درجة.

٦ ـ أن يخضع الطالب لفترة الملاحظة التي يثبت من خلالها التأكد من انطباق شروط القبول.

٧ ـ بالنسبة لمتعددي الإعاقة أن يكون لدى الطفل إعاقتين أو أكثر.

٨ ـ بالنسبة لبرنامج التوحد، أن يعاني الطفل من اضطراب يعيق عملية التواصل والتفاعل الاجتماعي.

٩ ـ اكتمال المستندات والأوراق الرسمية المطلوبة من قبل المعهد أو البرنامج.

السُّلم التعليمي: (المراحل الدراسية):

يتكون السّلم التعليمي بمعاهد التربية الفكرية من مرحلتين أساسيتين:

١ ـ المرحلة التحضيرية ومدتها سنتان (مرحلة التهيئة).

٢ ـ المرحلة الابتدائية. ومدتها ست سنوات.

وتطبق كل من المرحلة التحضيرية والمرحلة الابتدائية مناهج خاصة تتوائم مع خصائص الطالب المتخلف عقلياً وأهداف كل مرحلة.

ويتعلم فيها الطالب خبرات ومواد تلاءم قدراته العقلية والجسمية.

المناهج والكتب الدراسية:

المرحلة التحضيرية:

ومدتها سنتان، وهي بمثابة تهيئة وإعداد للطفل للدراسة بالمرحلة الابتدائية، وتقوم الدراسة بهذه المرحلة على شكل وحدات خبرة أو نشاط، وتكون متفقة مع قدرات وخصائص هؤلاء الأطفال وتلك الوحدات تشتمل على تدريبات حسية وحركية ولغوية وتدريبات بدنية وتدريبات في اليد، وبعض الأعمال اليدوية، وتتكون الخطة الدراسية من ٣٥ حصة أسبوعياً بمعدل ٣٥ دقيقة للحصة.

المرحلة الابتدائية:

ومدتها ست سنوات، وتهدف الدراسة إلى تحقيق تكيف الطفل النفسي والتربوي والصحي والاجتماعي، وفي تلك المرحلة يدرس الطلاب مناهج تتناسب مع العمر العقلي والقدرات التحصيلية للطالب. مثل:

التربية الإسلامية ـ القراءة ـ الكتابة ـ الرياضيات ـ العلوم ـ علاج عيوب النطق ـ التدريبات السلوكية ـ التربية الاجتماعية ـ التربية الفنية ـ التربية الرياضية ـ التربية الزراعية.

وقد وضعت كتب دراسية في ضوء تلك المناهج، وتبلغ الخطة الدراسية ٣٥ حصة في الأسبوع.

برامج التربية الفكرية في التعليم العام:

تمشياً مع الاتجاهات التربوية الحديثة في رعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، طبقت الأمانة نظام الدمج الجزئي للطلاب المتخلفين عقلياً، ففتحت فصولاً خاصة لهم، ملحقة بالمدرسة الابتدائية العادية، وقد بدأ تطبيق هذا الاتجاه التربوي منذ عام ١٤١١ هـ في مدينة الجوف، ثم انتشر في مناطق المملكة ومحافظاتها حتى بلغ مجموع تلك البرامج (١٠) برامج في عام ١٦/١٤١٧ هـ مثل: تبوك ـ القريات ـ جازان ـ نجران ـ الخرج ـ عنيزة ـ حائل ـ الرس ـ الزلفى. إلاَّ أنه في العام الدراسي ١٤١٨/١٤١٧ هـ تحققت قفزة هائلة في نمو هذه البرامج لتصبح في العام الدراسي ١٤٢٠/١٩ هـ (٥٨) برنامجاً. هذا بالإضافة إلى أنه قد تم استحداث برامج فصول ملحقة بمعاهد التربية الفكرية لخدمة التلاميذ التوحديين، وكذلك متعددي الإعاقة.

انظر الجدول رقم (٢).

الأجهزة والأدوات التعليمية:

تزود الوزارة معاهد وبرامج التربية الفكرية باحتياجاتها من الأجهزة وأدوات القياس واللوازم والوسائل التعليمية المناسبة لهؤلاء الطلاب ومنها:

أدوات قياس الذكاء مثل اختبار (ستانفورد بينيه).

المعرب الطبعة الثانية، اختبار رسم الإنسان المقنن.

على البيئة السعودية، اختبار ويكسلر، ومقياس السلوك التكيفي ـ مقياس فانيلاند للنضج الاجتماعي. إضافة إلى أدوات وأجهزة التدريب على تصحيح عيوب النطق والكلام، والوسائل التعليمية المسموعة والمبصرة مثل:

التلفاز والفيديو والمسجلات، أوفرهد بروجكتور.

المكتبات المدرسية:

يوجد في كل معهد مكتبة تشتمل على العديد من الكتب التخصصية في تربية المتخلفين عقلياً، ليستفيد منها المعلمون في زيادة معارفهم ومعلوماتهم في مجال التخلف العقلي بوجه خاص. وتحتوي المكتبة على قصص مصورة متعددة وكتيبات

ملونة ومطبوعة بالبنط الكبير ليستفيد منها هؤلاء الأطفال في أوقات النشاط، وأثناء الحصص الخاصة بالمكتبة.

الاختبارات:

تجرى لهؤلاء الأطفال اختبارات تقويمية دورية. ويجرى في نهاية العام الدراسي اختبارات تحصيلية، لتحديد المستوى التحصيلي لهؤلاء الأطفال، وبموجب نتائج الاختبارات يتقرر إمكانية نقل الطالب إلى مجموعة أعلى من عدمه.

ويمنح الطلاب الذين أكملوا المرحلة الدراسية شهادة تثبت إتمامهم الدراسة بالمرحلة الابتدائية بمعاهد التربية الفكرية.

المميزات التي يحصل عليها الطالب:

يوجد في بعض المعاهد (سكن داخلي) للطلبة القادمين من المدن والقرى التي لا يوجد بها معاهد وبرامج للتربية الفكرية.

١ ـ صرف مكافأة شهرية للطالب.
٢ ـ نقل الطلاب من وإلى المعاهد والبرامج بواسطة حافلات مجاناً.
٣ ـ صرف بطاقة تخفيض إركاب ٥٠٪ للطالب ومرافقيه.

وتشرف على هذه المعاهد والبرامج إدارة التربية الفكرية، وتهدف إلى تعليم وتربية التلاميذ القابلين للتعلم من المتخلفين عقلياً.

رابعاً: برامج صعوبات التعلم:

دأبت وزارة المعارف على الاهتمام بطلابها، بتقديم الخدمات التربوية المتنوعة والمتميزة، والتي تشمل شريحة من طلاب مدارس التعليم العام، هم بحاجة إلى الخدمات التربوية الخاصة، وهم أولئك الذين يواجهون صعوبات في التعلم، فقد جاء تعميم وزير المعارف رقم ٣٢/٧/٢٥١/٧ في ٢٢/٤/١٤١٦ هـ القاضي بالبدء في تنفيذ البرنامج في المرحلة الابتدائية مع بداية العام الدراسي ١٤١٦/١٤١٧ هـ.

حيث كان عدد البرامج عند بدء التنفيذ اثني عشر برنامجاً موزعة كالآتي.

١ ـ منطقة الرياض خمسة برامج.

٢ ـ المنطقة الشرقية أربعة برامج.

٣ ـ محافظة جدة ثلاثة برامج.

ثم أخذت البرامج في التوسع والانتشار.

وفي العام الدراسي ١٤١٧/١٤١٨ هـ، بلغ عدد البرامج ستة عشر برنامجاً وفي عام ١٤١٨/١٤١٩ هـ بلغت (٢٤) برنامجاً أما في العام الدراسي ١٤١٩/ ١٤٢٠ هـ فقد قفزت أعداد البرامج المنفذة لتصبح (٦٥) برنامجاً، إضافة إلى ثلاثة مراكز مسائية لخدمات صعوبات التعلم. فيكون بذلك مجموع البرامج والمراكز (٦٨) برنامجاً ومركزاً.

ما المقصود بصعوبات التعلم؟ وما هي أهداف البرنامج؟ ومن يقوم بعملية التدريس في هذه البرامج؟ وماذا نعني بغرفة المصادر؟ وكيف يتم قبول الطالب في البرنامج؟.

١ ـ تعريف صعوبات التعلم:

إن الأطفال ذوي صعوبات التعلم، هم أولئك الذين يظهرون اضطرابات في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية التي تتضمن فهم واستعمال اللغة المكتوبة واللغة المنطوقة. والتي تبدو في اضطرابات الاستماع، والتفكير والكلام والقراءة والتهجئة والحساب، والتي تعود إلى أسباب لا تتعلق بالإعاقة العقلية أو السمعية، أو البصرية، أو غيرها من الإعاقات.

أهداف البرنامج:

١ ـ يهدف البرنامج إلى زيادة فاعلية التعليم في المملكة العربية السعودية، وذلك بتقديم أفضل الخدمات إلى الطلاب في مجال التربية الخاصة صعوبات التعلم بعد اكتشاف التلاميذ ذوي صعوبات التعلم في المدارس الابتدائية، وتشخيص صعوبات التعلم لديهم، ووضع الخطط المناسبة لكل منهم وتنفيذها.

٢ ـ وتوعية وإرشاد مديري المدارس والمعلمين وأولياء أمور الطلاب وكذلك الطلاب أنفسهم بأهمية برنامج صعوبات التعلم.

٣ ـ تقديم الاستشارة التربوية لمعلمي المدرسة التي تساعدهم في تدريس بعض

التلاميذ داخل الفصل العادي.

٤ ـ تقديم إرشادات لأولياء الأمور الذين يتلقون خدمات البرنامج كي تساعدهم في التعامل مع حالة التلميذ في المنزل.

خطوات تنفيذ برامج صعوبات التعلم:

١ ـ يقوم كل مركز من مراكز الإشراف التربوي بتحديد المدارس المناسبة لتنفيذ هذه البرامج وفقاً للضوابط التي حددتها إدارة صعوبات التعلم وهي كالآتي:

أ ـ **موقع المدرسة**: أن تكون مواقع تلك المدارس وسط الأحياء التي تقع ضمن مركز الإشراف التربوي.

ب ـ **مبنى المدرسة**: أن تكون تلك المدارس مبانٍ حكومية مناسبة يتوفر بها مكان يفي باحتياجات غرفة المصادر.

جـ ـ **حجم المدرسة**: أن يتم اختيار مدارس ذات كثافة طلابية عالية.

و ـ **إدارة المدرسة**: تحسن اختيار مدارس ذات إدارة قادرة على التعاون في تنفيذ هذا البرنامج، وأن يكون بها مرشد طلابي.

٢ ـ يتم استحداث غرفة المصادر بكل مدرسة من المدارس التي يقع عليها الاختيار وفقاً لما يلي:

أ ـ مستلزمات مكانية: وتشمل غرفة واحدة على الأقل ذات موقع جيد، وحجم معقول بمساحة لا تقل عن ٥×٨ م٢، وتكون جيدة التهوية والإنارة.

ب ـ مستلزمات تجهيزية، وتشمل: أثاثاً مدرسياً، كراسي، طاولات، دواليب، أرفف، ملفات، سبورات متحركة، عوازل.. الخ.

جـ ـ وسائل تعليمية سمعية وبصرية، ومعينات أخرى حسب الحاجة.

د ـ مستلزمات بشرية: معلم أو أكثر متخصص في مجال التربية الخاصة مسار صعوبات التعلم.

٣ ـ تكوين لجنة في المدرسة بإشراف مدير المدرسة أو الوكيل: تضم: معلم صعوبات التعلم والمرشد الطلابي واثنين من معلمي اللغة العربية والرياضيات

المتميزين في المدرسة لتسهيل تنفيذ البرنامج داخل المدرسة، وحل ما يعترض من مشكلات، ورفع تقارير دورية لقسم التربية الخاصة بإدارة التعليم وإلى الأمانة العامة للتربية الخاصة.

شروط الالتحاق:

١ ـ أن يكون الطالب مسجلاً بإحدى المدارس الابتدائية.

٢ ـ أن يكون لديه تدن واضح ومستمر في التحصيل الدراسي في مهارة أو أكثر من مهارات التعلم الأساسية كالرياضيات أو اللغة العربية (القراءة والكتابة والإملاء والتعبير) أو العمليات الذهنية، كالتذكر والتركيز والتمييز والإدراك.

٣ ـ ألا يكون تدني مستواه بسبب عوق عقلي أو حسي أو جسدي.

٤ ـ ألا يكون تدني مستواه بسبب ظروف أسرية أو اجتماعية غير عادية.

٥ ـ أن يكون مستقراً نفسياً.

تشرف على البرنامج: إدارة صعوبات التعلم بالأمانة العامة للتربية الخاصة.

خامساً: برنامج الكشف عن الموهوبين ورعايتهم:

إن برنامج الكشف عن الموهوبين يعد تجسيداً لما نصت عليه سياسة التعليم في المملكة العربية السعودية التي أكدت على أنه من ضمن الأهداف الأساسية التي تحقق غاية التعليم، الاهتمام باكتشاف التلاميذ الموهوبين ورعايتهم، وإتاحة الفرص والإمكانات المختلفة لنمو مواهبهم في إطار البرامج العامة، وكذلك وضع برامج خاصة بهم.

وقد وضعت برامج خاصة بهم، على أسس علمية أقرتها دراسة علمية، وبناءً على اختبارات ومقاييس مقننة على البيئة السعودية، يتم بواسطتها الكشف عن الموهوبين في مجالات الموهبة المختلفة بغرض رعايتهم وتنمية موهبتهم.

نشأة البرنامج:

بدأ هذا البرنامج عمله في مطلع العام الدراسي ١٤١٩/١٨هـ في أول مركز بمجمع الأمير سلطان التعليمي بمدينة الرياض، وهو كما يتضح من عنوانه، فإنه

يتكون من مرحلتين:

الأولى: الكشف عن الموهوبين باستخدام مقاييس مقننة على البيئة السعودية، أو مصممة لغرض البرنامج.

والثانية: تقديم الرعاية التربوية والاجتماعية والنفسية لهم.

وفي هذه المرحلة سيتم التركيز على استخدام البرامج الإثرائية التي تقدم للتلاميذ في البداية، من خلال مراكز مسائية تتحول، حسب خطة البرنامج ـ إلى برامج غرف مصادر في المدارس العادية فيما بعد.

أهداف البرنامج:

يهدف البرنامج إلى تحقيق ما يلي:

١ ـ تشجيع الطلاب الموهوبين في التعبير عن مواهبهم وإبداعاتهم واختراعاتهم في شكل مسابقات ذات جوائز مادية ومعنوية، تساعد على تحفيز وإبراز القدرات والمواهب التي يمتلكها هؤلاء الموهوبون[١].

٢ ـ تقديم الرعاية النفسية والاجتماعية للموهوبين وأسرهم والمساعدة في حل المشكلات النفسية والاجتماعية التي تحد من قدراتهم ومواهبهم.

٣ ـ تشجيع البحوث العلمية في مجال دراسات الموهوبين.

الفئة المستفيدة من البرنامج:

يخدم البرنامج الطلاب الذين يوجد لديهم استعدادات وقدرات غير عادية أو أداء متميز عن بقية أقرانهم في مجال أو أكثر من المجالات التي يقدرها المجتمع وخاصة في مجالات التفوق العلمي والتفكير الابتكاري، والتحصيل العلمي، والمهارات والقدرات الخاصة، ويحتاجون إلى رعاية تعليمية خاصة لا تتوفر لهم بشكل متكامل في برامج الدراسة العادية، والذين يتم اختيارهم وفق الأسس والمقاييس العلمية الخاصة بذلك، والمحددة في إجراءات برنامج التعرف على الموهوبين والكشف عنهم. ومن المتوقع أن يستفيد من هذا البرنامج ما بين ١٪ إلى

---

(١) الموسى، ص ١٤٨، ص ١٤٩ ١٤١٩ هـ/ ١٩٩٩ م.

٢٪ من طلاب التعليم العام بالمملكة (برنامج الكشف عن الموهوبين ورعايتهم الاستثمار في الموهبة الإنسانية).

كما تم تخصيص فئة الموهوبين والمتفوقين بمزيد من الرعاية والعناية والمتابعة والاهتمام، حيث إنهم ثروة وطنية لا تقدر بمال، وهم حاملو لواء المسؤولية في الغد (إن شاء الله) فكان برنامج الكشف عن الموهوبين ورعايتهم من أنشط البرامج المصممة في هذا السبيل، ثم توج هذا النشاط، برئاسة صاحب السمو الملكي الأمير عبد الله بن عبد العزيز، ولي العهد، نائب رئيس مجلس الوزراء حفظه الله. بإنشاء مؤسسة الملك عبد العزيز ورجاله لرعاية الموهوبين.

الفصل الثاني

مجالات الرعاية لطلاب معاهد وبرامج التربية الخاصة

إن الدور الذي تقوم معاهد به وبرامج التربية الخاصة لا يقتصر على تربية وتعليم المعاقين (ذوي الاحتياجات الخاصة) فقط، وإنما يتسع هذا الدور ليشمل مجالات أخرى من مجالات الرعاية تتمثل فيما يلي:

المبحث الأول

الرعاية الاجتماعية:

تقوم برامج الرعاية الاجتماعية في معاهد وبرامج التربية الخاصة بدور هام وهو تحقيق التكيف الاجتماعي والنفسي للطالب المعاق، وإعداده للحياة سواء مع زملائه بالمعهد أو أقرانه خارج المعهد من العاديين.

ويلعب المرشد الطلابي أو المشرف الاجتماعي دوراً هاماً في توجيه الخدمات المناسبة التي يحتاجها الطالب المعاق مع المعلمين والمسؤولين عن برامج الرعاية بالمعهد.

وقد تم التخطيط لتطوير برامج التربية الاجتماعية لتحقيق ذلك الهدف من خلال البرامج اليومية أو المسابقات أو المناسبات الثقافية والرياضية والكشفية التي تنفذ مع طلاب مدارس التعليم العام. وهناك مجال آخر أو صعيد آخر تقدم فيه برامج الرعاية الاجتماعية من خلال الأقسام الداخلية الملحقة بمعاهد التربية الخاصة.

يقسم الطلاب إلى مجموعات متجانسة من حيث الفئات العمرية والمستوى الدراسي، وتسمى كل مجموعة أسرة، يشرف عليها عميد أسرة مؤهل للقيام بمهام تلك الوظيفة.

ويقوم المشرفون على تلك الأقسام بتنظيم برامج للاستذكار وممارسة النشاط الرياضي والترويحي والفني، وتتضمن هذه البرامج زيارات ورحلات للطلاب للتعرف على معالم البيئة، والمشاركة في لقاءات رياضية وثقافية مع الطلاب العاديين.

٢ ـ الرعاية الصحية والطبية:

سعت الوزارة إلى توفير أكبر قدر من الرعاية الطبية والصحية للطلاب المعاقين لتحقق لهم ـ الصحة واللياقة البدنية والقدرة على الاشتراك في برامج النشاطات

التربوية والتعليمية والفنية والرياضية متعددة المجالات إن شاء الله تعالى.

ولهذا الغرض زودت الوزارة المعاهد بمشرفين صحيين للقيام بإجراءات التحويل إلى الوحدات الصحية المدرسية أو إلى المستشفيات التخصصية لمن تتطلب حالته ذلك.

هذا بالإضافة إلى وجود برنامج زمني ـ على مدار العام الدارسي ـ لمتابعة المعاهد من قبل طبيب ممارس أو أطباء أخصائيين ـ حسب العوق، لعلاج عيوب السمع والنطق أو ضعف البصر، وتقرير المعينات السمعية والبصرية المناسبة لكل حالة في ضوء قياس السمع أو فحص البصر.

٣ ـ الرعاية المالية:

يصرف لكل طالب منتظم في الدراسة، بمعاهد وبرامج التربية الخاصة مكافأة شهرية ـ على مدار العام ـ بما في ذلك شهور الإجازة الصيفية، وتختلف في مقدارها حسب المرحلة التعليمية وحسب إقامته مع أسرته، وهي تتراوح بين ٣٠٠ـ٤٥٠ ريالاً أو في القسم الداخلي وهي تتراوح بين ٩٠ و ١٨٠ ريالاً، حسب الجدول التالي:

المرحلة التعليمية	مكافأة الطالب	
	القسم الخارجي	القسم الداخلي
الابتدائية:	٣٠٠ ريالاً	٩٠ ريالاً
المتوسطة:	٣٧٥ ريالاً	١٣٥ ريالاً
الثانوية:	٤٥٠ ريالاً	١٨٠ ريالاً

وعلاوة على هذا، فقد صدر قرار مجلس الوزراء رقم ٢٨ وتاريخ ٣/٣/١٤١١ هـ بالموافقة على صرف علاوة إضافية مقدارها ٤٠٠ ريالاً شهرياً لكل طالب كفيف يعول أسرة. تحت اسم (إعاقة عائلية) وذلك أسوة بما يصرف للمتدربين المعاقين الملحقين.

المبحث الثاني

برامج النشاط اللاصفي المسائي

يعتبر النشاط اللاصفي المسائي بمعاهد وبرامج التربية الخاصة جزءاً لا يتجزأ من العملية التربوية الشاملة. وركيزة مساندة لتكوين شخصية الطالب، ووسيلة مساعدة لاكتساب المهارات الأساسية للتعلم والتزود بالمعرفة. ولتنمية القدرات وتحسين المستوى التحصيلي، ومن خلال هذا النشاط يشبع الطالب ميوله وهواياته، وبذلك يسهم النشاط اللاصفي في تحقيق التكامل النفسي والوجداني والاجتماعي للطالب.

ونظراً لأهمية الدور الذي تلعبه برامج النشاط اللاصفي في الحياة المدرسية اليومية لدى الطالب، فقد صدرت مجموعة من التعاميم التي تنظم هذا النشاط وتعمل على تفعيله، وتحث المعلمين على المشاركة فيه، وتضع الضوابط والمعايير لتنفيذه.

وتتلخص أهم الإجراءات والضوابط التنظيمية لممارسة النشاط اللاصفي فيما يلي:

١ ـ تنظيم برامج النشاط اللاصفي بالمعاهد ذات الأقسام الداخلية على النحو التالي:

أ ـ تكون برامج النشاط موزعة على فترتين.

ـ الفترة الأولى: من بعد صلاة العصر إلى صلاة المغرب وتخصص تلك الفترة للنشاط الرياضي، الفني، الاجتماعي، الترويحي.. الخ.

ـ الفترة الثانية: من بعد صلاة المغرب إلى صلاة العشاء، وتخصص تلك الفترة للنشاط التعليمي والثقافي والدراسي. (دروس تقوية، تدريبات إكساب مهارات التعلم الأساسية).

ب ـ يمكن أن تشتمل برامج النشاط اللاصفي المسائي ما يلي:

ـ قراءة وتلاوة القرآن الكريم، التوعية الإسلامية، التربية (الرياضية).

ـ التربية الفنية، تدريبات إكساب المهارات الأساسية للتعلم مثل إجادة طريقة برايل، تدريبات السمع وعيوب النطق، تعديل السلوك، دروس التقوية، تدريبات التحرك وإدراك الاتجاهات، مراجعة المناهج الدراسية، نشاطات ثقافية ندوات ومحاضرات زيارات للأسواق والمرافق والحدائق والمؤسسات الصناعية، والمراكز الثقافية والفنية ومعالم البيئة المشهورة.

جـ ـ يراعى تنظيم برامج النشاط اللاصفي حسب رغبات وميول الطلاب، ومن بين برامج تلك الأنشطة:

١ ـ تنظيم المسابقات الثقافية والرياضية والفنية مع طلاب مدارس التعليم العام.

٢ ـ الاشتراك في المسابقات والمنافسات الرياضية التي تنظم داخل وخارج المملكة.

٣ ـ المشاركة في المناسبات الكشفية والفنية التي تنظمها إدارات التعليم العام أو الجامعات أو الجهات ذات العلاقة على مستوى المناطق أو المملكة.

٤ ـ الاشتراك في المعارض الفنية والنشاطات الفصلية من خلال تقديم نماذج من الإنتاج الفني المتميز للطلاب.

٥ ـ حضور الندوات والمحاضرات الإسلامية والثقافية العامة.

٦ ـ زيارة المعالم والمؤسسات الهامة في المنطقة والمعارض والنوادي والساحات الرياضية والمصانع.

٧ ـ تنظيم برامج حرة ليوم أو أكثر من خلال رحلات ترفيهية للتعرف على أهم معالم المملكة الرئيسية والمشهورة والأثرية.

٨ ـ المشاركة في نشاطات المراكز الصيفية ومراكز الأحياء.

د ـ تنظيم برامج النشاط المسائي بالمعاهد والمدارس الخارجية والبرامج

الملحقة بالتعليم العام على النحو التالي:

١ ـ يشجع الطلبة على الحضور مساءً لمزاولة النشاط اللاصفي في أيام محدودة من الأسبوع، وعند تعذر حضورهم تكون مزاولة النشاط بعد نهاية اليوم الدراسي.

٢ ـ يمكن أن تنفذ برامج النشاط اللاصفي من خلال نشاطات تربوية وتعليمية وثقافية واجتماعية.

مثل: عقد اجتماعات مجلس أولياء الأمور، مجلس الإدارة، مجلس المعلمين، مناقشة أوضاع الطلاب ومستوياتهم التحصيلية، إنتاج الوسائل التعليمية، ودراسة المناهج والكتب المدرسية، التعاميم والخطابات الإجرائية المنظمة للعملية التعليمية، زيارات ورحلات الأهم معالم المدينة الصناعية، والعمرانية والسياحية.. الخ.

هـ ـ استفادة المعاهد والمدارس من الإمكانيات والتجهيزات المتوفرة في المدن الرياضية، والنوادي الرياضية، وبيوت الشباب والمنشآت الرياضية والساحات الرياضية والمراكز الصيفية والكشفية والأحياء.. الخ لممارسة النشاط اللاصفي.

و ـ تقسيم الطلاب إلى مجموعات النشاط الرئيسية (الرياضي، الفني الثقافي، الاجتماعي) بحيث تتم ممارسة كل مجموعة من الطلاب النشاط ما في يوم والنشاط الآخر في اليوم التالي، وهكذا بالتناوب، ويراعى في توزيع الطلاب على مجموعات النشاط قدراتهم ورغباتهم.

ح ـ توزيع برامج النشاط على جميع المعلمين على شكل مجموعات، ويحدد لكل مجموعة يوم في الأسبوع على الأقل، ولا تقل فترة الدوام المسائي عن ساعتين في اليوم.

ويراعى في التشكيل تمثيل التخصصات للمواد الدراسية في كل يوم حسب عدد المعلمين للمادة الواحدة كلما أمكن ذلك. وتزويد كل معلم بسجل لتدوين أنواع النشاط المنفذة في ذلك اليوم.

ط ـ حضور المعلم المستفيد من علاوة التربية الخاصة مرة على الأقل في الأسبوع، بمقتضى الفقرة الخامسة من (ثالثاً) من المحضر الموقع من قبل وزير

المعارف ووزير الدولة رئيس الديوان العام للخدمة المدنية بتاريخ ١٤١١/٨/١٧ هـ، والمعمم بخطاب وكيل الوزارة رقم ٢٧/٣٩٢ في ١٤١١/٨/٢٦ ـ ومن جانب آخر مشاركة المعلم غير السعودي في برامج النشاط بموجب خطاب وزير الدولة ـ رئيس الديوان العام للخدمة المدنية رقم ٢٣/٢٢ في ١٤٠٦/٦/١ هـ بشأن جواز تكليف المتعاقد (٤٨) ساعة عمل في الأسبوع كحد أقصى إذا تطلبت طبيعة العمل ذلك.

ي ـ تعد إدارة المعهد أو المدرسة سجل حضور وانصراف للمشاركين في الدوام المسائي لبرامج النشاط اللاصفي، ويكون السجل تحت إشراف مندوب الإدارة ومسؤوليته.

ك ـ حث أولياء الأمور على المشاركة في تلك البرامج ليكون حافزاً على تشجيع أبنائهم الطلاب على الحضور للمشاركة فيها والسعي أيضاً لتوفير وسائل نقل الطلاب بالقسم الخارجي الذين يتعذر عليهم الحضور مساءً للمشاركة في تلك البرامج.

المبحث الثالث

امتيازات وتسهيلات لطلاب معاهد وبرامج التربية الخاصة

ومنها على سبيل المثال:

١ ـ صرف مكافأة شهرية لكل طالب خلال شهور السنة بما في ذلك شهور العطلة الصيفية، ويرتفع مقدار المكافأة للطالب الذي يقيم مع أسرته ليظل الطالب يعيش في جو عائلي مع إخوته وأقرانه وفي مجتمعه كما تتساوى مكافأة الطالب بالقسم الداخلي أثناء شهور الإجازة الصيفية بمكافأة الطالب بالقسم الخارجي.

٢ ـ مجانية نقل الطلاب المقيمين بالمدينة التي يوجد بها المعهد أو البرنامج من أماكن سكنهم إلى المعاهد والبرامج ذهاباً وإياباً يومياً.

٣ ـ منح الطفل المعاق تذاكر للسفر مع ولي أمره إلى مراكز التشخيص والفحص مجاناً، ومنح الطالب المغترب وولي أمره تذاكر للسفر مجانية إلى مقر الدراسة في بداية العام الدراسي وفي آخره.

٤ ـ تخصيص إركاب جميع الطلبة والطالبات الملتحقين بمعاهد وبرامج التربية الخاصة بنسبة (٥٠٪) عند استخدامهم الوسائل.

المبحث الرابع

معلم التربية الخاصة

(إعداده الأكاديمي ـ دوره التربوي ـ أهمية رسالته ـ والحوافز المقدمة له)

الإعداد الأكاديمي لمعلم التربية الخاصة:

لقد استحدثت برامج أكاديمية للتربية الخاصة على مختلف المستويات بغرض إعداد الكوادر البشرية المدربة للعمل مع الفئات الخاصة على اختلافها (روبرتس: ١٩٨٦، تاني: جاست ١٩٨٤).

وفي إطار اهتمام الدولة بتنمية الكوادر البشرية، عن طريق تمكنها من الالتحاق بمؤسسات التعليم العالي، ومواصلة دراستها العليا داخل البلاد وخارجها، فقد درس مجموعة من الطلبة السعوديين المبتعثين في أقسام التربية الخاصة بالجامعات الأمريكية، وتخرجوا فيها مسلحين بسلاح العلم والمعرفة في هذا التخصص.

فقد تم استحداث قسم جديد في كلية التربية ـ جامعة الملك سعود يحمل اسم (قسم التربية الخاصة) حيث تم افتتاحه في العام الدراسي ١٤٠٤/ ١٤٠٥ هـ وهو هذا يعد القسم الأول من نوعه في المنطقة العربية كلها.

ويهدف هذا القسم إلى العمل على إعداد معلمين ومعلمات متخصصين في التربية الخاصة على مستوى البكالوريوس، مؤهلين للقيام بمهمة تربية وتعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المرحلة الابتدائية.

ويضم القسم ـ حالياً ـ خمسة مسارات تخصصية هي:

١ ـ مسار العوق البصري.

٢ ـ مسار العوق السمعي.

٣ ـ مسار التخلف العقلي.

٤ ـ مسار صعوبات التعلم.

٥ ـ مسار التفوق العقلي والابتكار.

وتتضمن خطة القسم المستقبلية استحداث مسارات أخرى جديدة مثل:

١ ـ مسار الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

٢ ـ مسار اضطرابات النطق والكلام.

٣ ـ مسار العوق الجسمي والحركي.

كما أنه يوجد لدى القسم تصور متكامل لاستحداث برنامج دراسات عليا.

ولكي يحصل الطالب على درجة البكالوريوس في التربية الخاصة فإنه يتعين عليه ـ وفق خطة القسم الدراسية ـ أن يدرس (١٢٨) وحدة (دراسية) موزعة على النحو التالي:

١ ـ (١٥) وحدة متطلبات جامعة.

٢ ـ (٣٣) وحدة إعداد عام في مجال التربية الخاصة.

٣ ـ (٨٠) وحدة متطلبات قسم، وهي تتوزع كما يلي.

أ ـ (٥١) وحدة إعداد عام في مجال التربية الخاصة.

ب ـ (١٥) وحدة في المسار الأساسي للطالب.

جـ ـ (١٤) وحدة في مسارين فرعيين مساندين.

٤ ـ يخصص (١٢) وحدة من متطلبات الإعداد التربوي بالكلية للتربية الميدانية.

حيث يقضي الطالب الفصل الدراسي الأخير في أحد المعاهد أو أحد البرامج الخاصة بالتربية الخاصة في المدارس العادية. ويتم تدريبه أثناء الفترة وفقاً لبرنامج يعده ويشرف على تنفيذه القسم بالتعاون مع جهة التدريب.

وقد خرج القسم حتى الآن أكثر من ١٥٠٠ معلم ومعلمة، ويلتحق به في الوقت

الحاضر - عدد كبير من الطلاب والطالبات، يشرف على إعدادهم التخصصي هيئة تدريس متخصصة (الموسى ١٩٩٢).

والجدول (٣) يتضمن أعداد هيئة التدريس بالقسم حسب جنسهم وجنسياتهم ومؤهلاتهم العلمية.

إعداد هيئة التدريس بقسم التربية الخاصة بجامعة الملك سعود حسب جنسهم ومؤهلاتهم العلمية وجنسياتهم للعام الدراسي ١٤١٩/ ١٤٢٠ هـ.

الجنس	المؤهلات العلمية						المجموع الكلي
	دكتوراه			ما دون الدكتوراه			
	سعودي	غير سعودي	المجموع	سعودي	غير سعودي	المجموع	
ذكر	٥	٧	١٢	١	-	١	١٣
أنثى	٢	-	٢	٦	١	٧	
المجموع الكلي	٧	٧	١٤	٧	١	٨	٢٢

ملاحظة:

بالإضافة إلى الأعداد الواردة في الجدول فإنه يوجد عدد من المعارين والمتعاونين والمبتعثين.

ملاحظة هامة:

جميع بيانات الجداول والمعلومات الواردة في هذا البحث منقولة عن كتاب مسيرة التربية الخاصة بوزارة المعارف في ظلال الذكرى المئوية لتأسيس المملكة العربية السعودية. إعداد الدكتور ناصر علي الموسى المشرف العام على التربية الخاصة ١٤١٩ - ١٩٩٩ م.

جدول رقم (٤)

إعداد معلمي ومعاهد وبرامج التربية الخاصة حسب تخصصاتهم وجنسياتهم والفئات المستفيدة منهم للعام الدراسي ١٤١٨/ ١٤١٩ هـ.

الفئة المستفيدة	المعلمون						المجموع الكلي
	متخصص في التربية الخاصة			غير متخصص في التربية الخاصة			
	سعودي	غير سعودي	المجموع	سعودي	غير سعودي	المجموع	
العوق السمعي	١٥٧	١٩٨	٣٥٥	٢٤٦	٥٦	٣٠٢	٦٥٧
العوق الفكري	١٤٢	٣١٩	٤٦١	١٩٦	١٣	٢٠٩	٦٧٠
العوق البصري	١٧	٩	٢٦	١٨١	١٢	١٩٣	٢١٩
صعوبات التعلم	٣٩	-	٣٩	-	-	-	٣٩
التوحديون	٦	١	٧	-	-	-	٧
متعددو العوق	٢	٦	٨	-	-	-	٨
المجموع	٣٦٣	٥٣٣	٨٩٦	٦٢٣	٨١	٧٠٤	١٦٠٠

ملاحظة:

التلاميذ المدموجون في المدارس العادية دمجاً كلياً من خلال برامج غرف المصادر والمعلم المتجول والمعلم المستشار وبرامج المتابعة في التربية الخاصة يستفيدون من معلمي الفصول العادية.

دور معلم التربية الخاصة:

يقوم معلم التربية الخاصة بما يقوم به زميله في التعليم العام، وعلاوة على تدريسه المنهج الإضافي، وهو منهج يشتمل على مجموعة من المهارات التعويضية التي دعت الحاجة إلى تدريسها نتيجة لظروف العوق، ومن تلك المهارات ما يلي:

١ ـ المهارات الأكاديمية الخاصة.

٢ ـ مهارات الإدراك الحسي.

٣ ـ مهارات التواصل.

٤ ـ المهارات الاجتماعية.

٥ ـ مهارات الحياة اليومية.

وسنركز هنا على دور معلم التربية الخاصة في برامج الدمج الكلي بالمدارس العادية المتمثلة في غرف المصادر، والمعلم المتجول والمعلم المستشار.

وقد حدد الموسى (١٩٩٢) دور معلم غرفة المصادر في مجال العوق البصري في نقاط يمكن استخدامها كأساس لتحديد دور معلم التربية الخاصة في تلك البرامج، وذلك على النحو التالي:

١ ـ القيام بعمليات التقويم والتشخيص بقصد تحديد الاحتياجات الأساسية لكل طفل.

٢ ـ إعداد الخطط التربوية الفردية والعمل على تنفيذها.

٣ ـ تدريس الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة المهارات التي لا يستطيع معلم الفصل العادي تدريسها.

٤ ـ مساعدة الأطفال المعاقين على التغلب على المشكلات الناجمة عن العوق.

٥ ـ تعريف الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة بالمعينات البصرية والسمعية والتقنية ومساعدتهم على الاستفادة القصوى من تلك المعينات.

٦ ـ مساعدة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على اكتساب المهارات التواصلية، والمهارات الاجتماعية التي تمكنهم من النجاح، ليس في المدرسة

وحسب وإنما في الحياة بوجه عام.

٧ ـ تقديم النصح والمشورة لمعلمي الفصول العادية فيما يتعلق بطرق تدريس المواد، الدراسية والاستراتيجيات التعليمية، وأساليب تأدية الاختبارات المختلفة، ووضع الدرجات وكتابة التقارير، وكذلك مساعدتهم على فهم الأسس السليمة لكيفية التعامل الاجتماعي مع الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة داخل الفصل وخارجه، وكذلك تزويدهم ـ عند الحاجة ـ بالكتيبات والمنشورات والوسائل التعليمية التي تمكنهم من التعرف على المفاهيم الأساسية في التربية الخاصة.

٨ ـ تسهيل مهمة الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة في عملية المشاركة في الأنشطة الصعبة، واللاصفية.

٩ ـ تمثيل الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة في الاجتماعات المدرسية والتأكيد على احتياجاتهم الأساسية، والدفاع عن حقوقهم وقضاياهم الضرورية.

١٠ ـ مساعدة أولياء أمور الأطفال المعاقين على معرفة آثار العوق النفسية والاجتماعية على سلوك أطفالهم، وتزويدهم بالمواد التربوية، والوسائل التعليمية التي من شأنها أن تسهل مهمة متابعة واجبات أبنائهم المدرسية.

الأمر الذي يجعل منهم أعضاء فاعلين في مجالس أولياء الأمور المدرسية وغيرها.

١١ ـ توطيد أواصر التعاون، والنهوض بمستوى التنسيق، وتقوية قنوات الاتصال بين أسر الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة والمسؤولين في المدرسة.

١٢ ـ العمل على إيجاد بيئة أكاديمية واجتماعية يستطيع فيها الأطفال العاديون وغير العاديين ـ على حد سواء ـ استغلال أقصى قدراتهم، وتحقيق أسمى طموحاتهم.

وينبغي التأكيد على أن المعلم المتجول يقوم بنفس الدور الذي يقوم به معلم غرفة المصادر، فالاثنان يقومان بتقديم الخدمات الأكاديمية والفنية التي من خلالها يستطيع الأطفال ذوو الاحتياجات التربوية الخاصة، مجاراة زملائهم في المدارس

العادية لكن الفرق بين معلم غرفة المصادر والمعلم المتجول يكمن في الأسلوب الذي تقدم به الخدمات المشار إليها.

فمعلم غرفة المصادر يعمل بصفة مستديمة في مدرسة واحدة.

ويتم نقل الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة من الأحياء المجاورة إلى تلك المدرسة، أما المعلم المتجول فهو يقوم ـ كما يتضح اسمه ـ بجولات على المدارس العادية التي يوجد بها أطفال ذوو احتياجات تربوية خاصة. أي أن الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة يلتحقون بأقرب المدارس إلى منازلهم وتترك عملية التنقل للمعلم.

أمَّا بالنسبة للدور الذي يقوم به المعلم المستشار، فقد وصفه (تاتل ١٩٨٦) بأنه دور استشاري أكثر منه تعليمي، ونظراً للتشابه الكبير في الدور الذي يقوم به كل من المعلم المتجول والمعلم المستشار، فقد عمدت (سبنجن وتيلور ١٩٨٦) إلى تبيان الفرق بينهما في النقاط الثلاث التالية:

١ ـ العبء التدريسي: حيث يبلغ العبء التدريسي للمعلم المتجول في الفصل الدراسي الواحد حوالي ١٥ تلميذاً في المعدل بينما يصل العبء التدريسي للمعلم المستشار إلى ٣٥ تلميذاً في المعدل.

٢ ـ المسافة التي يقطعها كل منهما أثناء تجواله في المدارس، فالمسافة التي يقطعها المعلم المتجول تبلغ ١٥٠٠ كم في الشهر بينما يقطع المعلم المستشار حوالي ٢٢٠٠ كم في الشهر.

٣ ـ طبيعة العمل الذي يقوم به كل منهما، فالمعلم المتجول يقضي وقتاً أطول في التعامل المباشر مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأولياء الأمور من ذلك الذي يقضيه المعلم المستشار.

وبعبارة أخرى فإن المعلم المتجول يقوم بعملية تدريس الأطفال ذوي الحاجات التربوية الخاصة، بينما يقتصر دور المعلم المستشار ـ في الغالب ـ على تقديم النصح والمشورة لمعلمي الفصول العادية (الموسى ١٩٩٢).

ويشرف على العملية التربوية بمعاهد وبرامج التربية الخاصة نخبة من المشرفين

والتربويين المتميزين الذين تم اختيارهم بعناية فائقة لضوابط ومعايير علمية محددة.

بعض هؤلاء متخصص في التربية الخاصة، والبعض الآخر متخصص في المواد الدراسية التي تقوم عليها الخطط الدراسية بمعاهد وبرامج التربية الخاصة.

وتستعين الأمانة العامة للتربية الخاصة كثيراً بإدارات التعليم للاستفادة من مشرفيها في متابعة معاهدها وبرامجها، إلى جانب وجود أخصائي الخدمات المساندة مثل: المرشدين الطلابيين، ومعلمي التدريبات السلوكية، وأخصائي عيوب النطق والكلام، وعمداء الأسر بالأقسام الداخلية وغيرهم.

وإذا كانت منظمة اليونسكو قد اكتشفت أخيراً في عام ١٩٩٤ م أهمية دور المعلم ونادت بتكريمه والاحتفاء به تقديراً لجهوده، فإن سياسة التعليم في المملكة العربية السعودية المعتمدة بقرار مجلس الوزراء الموقر رقم ٧٧٩ في ١٦/٩/١٣٨٩ هـ قد تضمنت مبادىء عديدة تظهر أهمية دور المعلم وتقدر جهوده حيث نصت المادة (١٦٩) بوضع للمعلمين ملاك خاص (كادر) يرفع من شأنهم ويشجع على الاضطلاع بهذه المهمة التربوية في أداء رسالة التعليم بأمانة وإخلاص.

ولم تكتف الدولة عند هذا الحد، بل أقرت سلماً خاصاً لشاغلي الوظائف التعليمية اعتباراً من ١/٧/١٤٠٢ هـ الموافق عام ١٩٨٢ م ويتميز هذا السلم بزيادة في الراتب الذي يتقاضاه المعلم عن نظرائه من موظفي الدولة الآخرين بحوالي ٢٠ إلى ٣٠٪ وذلك لقناعة الدولة بما للحوافز المادية والمعنوية في دور بارز في تحفيز المعلمين لتقديم المزيد من البذل والعطاء والإخلاص في تأدية عملهم.

فقد صدر القرار رقم ١٤٢ في ٢٧/٥/١٣٩٩ هـ، بشأن منح العاملين في ميدان المعاقين علاوة تخصص بنسبة ٣٠٪ للمتخصصين في حقل المعاقين و ٢٠٪ للعاملين فيه من غير المتخصصين تقديراً لما يلاقيه المعلم من صعوبات كبيرة في التعامل مع المعاقين وإيصال المعلومة لهم، فالتعامل مع المعاقين ليس بالأمر الهين وإنما هو يتطلب مهارات خاصة، وكثيراً من الجهد والصبر والمثابرة.

والله ولي التوفيق والهادي إلى سبيل الرشاد.

الفصل الثالث

مقدمة :

الرعاية وتأهيل المعاقين في وزارة العمل والشؤون الاجتماعية (وكالة الوزارة للشؤون الاجتماعية) يعتبر برامج رعاية المعاقين من البرامج الاجتماعية التي تقوم بها وزارة العمل والشؤون الاجتماعية. بجانب برامج التربية الخاصة التي تقوم بها وزارة المعارف في المملكة العربية السعودية. (القطاع الحكومي).

المبحث الأول
معالم وبدايات

وعند تتبع البرامج المعدة للمعاقين منذ بداية تأسيس المملكة في عهد الملك عبد العزيز ـ يرحمه الله ـ نجد أن الملك عبد العزيز أولى العجزة والمحتاجين جل اهتمامه ورعايته فأمر بصرف مخصصات لهم وإنشاء المؤسسات الخاصة للعناية بهم. فجاءت برامج الإصلاح شاملة لقطاعات التعليم والصحة والتنمية الاجتماعية والاقتصادية والنظم المالية.

من الوسائل التي اعتمدت لتحقيق التنمية الاجتماعية في المملكة قد بدأت في صدور مرسوم ملكي كريم بإنشاء وزارة العمل والشؤون الاجتماعية، في الشهر الأخير من عام ١٣٨٠ هـ.

ومن ضمن وكالات الوزارة الثلاث وكالة الوزارة للشؤون الاجتماعية.

ومن مهام هذه الوكالة العمل على تحويل قوى المجتمع البشرية المعطلة بسبب الإعاقة البدنية أو النفسية أو العقلية أو لظروف اجتماعية واقتصادية قاهرة إلى طاقات تكفل نفسها معيشياً.

وذلك بتقديم خدمات على شكل معاشات سنوية تقرر للعاجزين كلياً عن العمل أو يشك إعانات اجتماعية مقطوعة أو متكررة أو عاجلة تقرر للعاجزين عن العمل جزئياً، أو تقديم مساعدات للمحتاجين لإنشاء مشروعات إنتاجية يقومون بتنفيذها ويعيشون من دخلها.

المبحث الثاني

أولاً: التنظيم الإداري للوكالة:

وقد أسند هذا الدور إلى وكالة الوزارة للشؤون الاجتماعية التي أنشئت في عام ١٣٨٠ هـ. وهي إحدى الوكالات الثلاث للوزارة، ومن ضمن الإدارات الفنية للوكالة الإدارة العامة للتأهيل، ويتبع الإدارة العامة للتأهيل الإدارات التالية:

أ ـ إدارة التجهيزات الأساسية:

وتعمل على توفير جميع التجهيزات الأساسية الخاصة بخدمة ورعاية وتأهيل المعاقين.

ب ـ إدارة التأهيل الاجتماعي:

وتعمل على تحقيق حياة اجتماعية كريمة للمعاقين كعنصر فعال في المجتمع.

جـ ـ إدارة التأهيل المهني:

وتقوم بالعمل على تأهيل المعاقين بمختلف فئاتهم للعمل وذلك عن طريق تدريبهم وتأهيلهم وفقاً لقدرات واحتياجات كل منهم.

د ـ إدارة الإعانات:

وتقوم بإنهاء إجراءات صرف إعانات المعاقين الذين ترعاهم وأسرهم، وإعانات المشروعات المهنية الفردية والجماعية للمعاقين المؤهلين.

كما تقوم الإدارة بصرف إعانات الأطفال المشلولين الذين ترعاهم أسرهم، وإعانات الأسر الخاصة والبديلة، وإعانات زواج الفتيات بدور ومؤسسات الرعاية الاجتماعية، والفتيات المقيمات لدى الأسر الحاضنة، ومكافأة نهاية فترة الحضانة[١].

(١) نشوء وتطور الخدمات الاجتماعية والعمالية في المملكة العربية السعودية ص ٥٩ ـ ٦٢ عام ١٤١٩ هـ بمناسبة مرور مائة عام على تأسيس المملكة العربية السعودية. إصدار وزارة العمل والشئون الاجتماعية.

المبحث الثالث

الأهداف العامة والسياسات الخاصة بالوكالة

من الأهداف العامة والسياسات الخاصة بالوكالة بجانب رفع كفاءة قطاعات الوكالة الاجتماعية الأداء دورها بكفاءة عالية وفعالية ووضع الخطط بعيدة المدى للبحوث والدراسات الاجتماعية وتحديد الأولويات طبقاً للمستجدات الاجتماعية ما يلي:

١ ـ توفير الرعاية الاجتماعية للأفراد داخل مؤسسات الرعاية الاجتماعية وذلك من خلال:

أ ـ العمل على توفير الإمكانات الضرورية لتحسين الجو الأسري للمقيمين بمؤسسات الرعاية الاجتماعية.

ب ـ تدعيم أنشطة مؤسسات الرعاية الاجتماعية لإعداد الأشخاص القادرين على الاعتماد على أنفسهم.

٢ ـ توفير الرعاية الاجتماعية للأفراد والأسر في بيئاتهم الطبيعية وذلك من خلال:

أ ـ تشجيع الأسر للقيام برعاية الأطفال المحتاجين للرعاية (الأيتام ومن في حكمهم) كأسرة بديلة.

ب ـ دعم برامج المعاقين المقيمين مع أسرهم مالياً وفنياً.

جـ ـ دعم الجمعيات الخيرية لأداء واجبها في تقديم الخدمات والمساعدات في مجال الرعاية الإجتماعية.

د ـ رعاية سكان الأربطة لتحسين أحوالهم المعيشية.

٣ ـ رعاية وتقويم الأحداث بمؤسسات ودور الرعاية الاجتماعية وذلك من خلال:

أ ـ إحداث دور للتوجيه الاجتماعي والملاحظة الاجتماعية ومؤسسات لرعاية الفتيات بالمناطق التي تحتاج إليها.

ب ـ تطوير برامج وأنشطة دور ومؤسسات رعاية الأحداث بما يتمشى مع المتغيرات الاجتماعية.

جـ ـ التنسيق مع المؤسسة العامة للتعليم الفني والتدريب المهني لتطوير برامج تدريب الأحداث مهنياً بما يتناسب مع قدراتهم وميولهم ومع متطلبات سوق العمل.

٤ ـ التأكيد على التماسك الأسري وزيادة الاهتمام ببرامج وخدمات رعاية الأسرة. وذلك من خلال:

أ ـ دعم برامج التوجيه والإرشاد الاجتماعي والأنشطة الوقائية للحد من انتشار المشكلات والسلوكيات الاجتماعية السلبية.

ب ـ إحداث دور للحضانة الاجتماعية الإيوائية لرعاية الأيتام ومن في حكمهم بالمناطق التي تحتاج إليها.

جـ ـ تشجيع مراكز التنمية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية و التنمية الاجتماعية المحلية على القيام بتقديم المزيد من خدمات وبرامج رعاية الطفولة عن طريق التوسع في إنشاء رياض أطفال جديدة ومراكز ترفيهية دائمة وأندية صيفية للأطفال وأنشطة متنوعة خاصة برعاية الأمومة.

د ـ الاهتمام بتطوير وتنويع برامج رعاية الطفولة داخل مؤسسات الرعاية الاجتماعية وبرامج رياض الأطفال بمراكز التنمية والخدمة الاجتماعية أو عن طريق الجمعيات الخيرية والجمعيات التعاونية بما يتفق وأساليب التنشئة الاجتماعية السليمة.

هـ ـ الاهتمام ببرامج إعداد الفتيات بالدور والمؤسسات الاجتماعية للحياة العملية من خلال برامج التدريب النسوي المتنوعة والتنسيق مع الرئاسة العامة لتعليم

البنات في تطوير هذه البرامج.

و ـ إنشاء وحدات اجتماعية ميدانية للأسرة والطفولة وتدعيمها بالباحثات الاجتماعيات وإنشاء وحدات أخرى ميدانية تابعة للإدارة العامة للرعاية اللاحقة وتدعيمها بالباحثين الاجتماعيين.

ز ـ رعاية المؤهلين من مؤسسات الرعاية الاجتماعية للحيلولة دون عودتهم لهذه المؤسسات مرة أخرى.

ح ـ رعاية ومتابعة المفرج عنهم من السجون، ومدمني المخدرات والمرضى النفسيين، ومعاونتهم على التكيف والاستقرار الاجتماعي والمهني بالتنسيق مع الجهات المعنية.

٥ ـ زيادة الاهتمام بالمعاقين وإدخال برامج وطنية لتأهيلهم ورعايتهم.. وذلك من خلال:

أ ـ التوسع في إنشاء مراكز للتأهيل الشامل بالمناطق التي تحتاج إليها.

ب ـ إحداث مراكز تأهيل شامل خاصة بالمعاقين مزدوجي الإعاقة أقل من (١٥ سنة).

جـ ـ التوسع في إحداث مراكز الرعاية النهارية للفئات الخاصة من الأطفال المعاقين متى دعت الحاجة إلى ذلك.

د ـ تطوير برامج التأهيل المهني بما يتمشى مع الحاجات المتجددة لسوق العمل.

هـ ـ التوسع في إقامة المشروعات الفردية أو الجماعية للمعاقين المؤهلين تأهيلاً مهنياً.

و ـ إعداد وتجهيز أقسام خاصة للإعداد المهني للمعاقين القابلين للتأهيل بمراكز التأهيل المهني الشامل.

ز ـ استمرار التنسيق مع الجهات المعنية لتشغيل المعاقين في المهن المناسبة.

ح ـ استمرار التنسيق مع الجمعيات والمؤسسات الخيرية وورش ومصانع

القطاع العام والخاص لتدريب وتأهيل فئات المعاقين على المهن التي لا تتوفر إمكانيات تدريبهم عليها بمراكز التأهيل المهني الشامل.

٦ ـ تأكيد مسؤولية أفراد المجتمع وجماعاته في التضامن الاجتماعي للارتفاع بمستوى المجتمعات المحلية عن طريق، النشاط الاجتماعي التطوعي الأهلي.. وذلك من خلال:

أ ـ استمرار تقديم الدعم المالي والفني والإداري للجمعيات والمؤسسات الخيرية ومدها بالمتخصصين، والفنيين ومواصلة الإشراف على أعمالها فنياً وإدارياً ومالياً.

ب ـ تشجيع تأسيس جمعيات خيرية أهلية جديدة للمساهمة في تقديم خدمات الرعاية الاجتماعية.

جـ ـ تشجيع إنشاء جمعيات ومؤسسات خيرية نوعية خاصة.

د ـ حق الجمعيات الخيرية القائمة على تطوير وتنويع برامجها وتوجيهها لإنشاء دور ومؤسسات ومراكز خيرية للرعاية الاجتماعية للمواطنين.

هـ ـ التنسيق مع الجهات المعنية لإعداد القائمين على الجمعيات الخيرية والعاملين فيها من خلال تنظيم وحدات تدريبية مناسبة.

٧ ـ تطوير أنشطة التنمية الاجتماعية لتغطية الحاجات المتزايدة للمجتمع. وذلك من خلال:

أ ـ التوسع في مد خدمات التنمية الاجتماعية المتكاملة للمناطق الحضرية والريفية عن طريق إنشاء مراكز جديدة للتنمية والخدمة الاجتماعية بالمناطق التي تحتاجها، وتشجيع المواطنين في المجتمعات المخلية على تكوين المزيد من لجان التنمية الاجتماعية الأهلية المحلية ودعم أنشطتها مالياً وفنياً.

ب ـ تطوير وتنويع برامج وأنشطة مراكز التنمية الاجتماعية والتوسع في أنشطة رعاية الأمومة والطفولة.

جـ ـ دعم الأنشطة الشبابية من خلال تشجيع تكون لجماعات ولجان الأندية الاجتماعية والملاعب الرياضية بمختلف أنواعها.

د ـ دعم الأنشطة الثقافية والتعليمية من خلال تشجيع تكون جماعات محو الأمية وتعليم الكبار ونشر المكتبات والوعي المكتبي وتنظيم المسابقات الثقافية.

٨ ـ الاستمرار في دعم وتشجيع النشاط التعاوني، ونشر خدمات الجمعيات التعاونية وتطويرها. وذلك من خلال:

أ ـ تشجيع تأسيس جمعيات تعاونية جديدة في المناطق.

ب ـ زيادة دعم الأنشطة التعاونية وخاصة المشروعات الإنتاجية والإنشائية.

جـ ـ تقديم الإعانات المتنوعة للجمعيات التعاونية تشجيعاً لها على القيام بالمشروعات الاقتصادية والاجتماعية.

و ـ العمل على زيادة الوعي التعاوني لدى المواطنين.

٩ ـ الاهتمام ببرامج التوعية والإرشاد الاجتماعي وذلك من خلال:

أ ـ مشاركة الوكالة في الندوات واللقاءات التي تعقد بغرض التوعية الاجتماعية في مجالات الشؤون الاجتماعية المختلفة.

ب ـ نشر الكتيبات الإرشادية والتوجيهية في مجالات العمل الاجتماعي المختلفة.

جـ ـ تعزيز النشاط الإعلامي للوكالة من خلال التنسيق المستمر مع أجهزة الإعلام المختلفة لتوضيح خدمات الشؤون الاجتماعية للمواطنين وكيفية الحصول عليها والاستفادة منها.

د ـ دعم البرامج التوجيهية الوقائية للتصدي للمشكلات الاجتماعية السلبية.

المبحث الرابع

ثانياً: تطور ميزانية الوكالة منذ إنشائها:

لقد حدث تطور كبير في برامج الشؤون الاجتماعية منذ إنشائها في عام ١٣٨٠/١٣٨٨ هـ، ومن الطبيعي أن يحدث تطور مماثل في حجم الاعتمادات المالية المخصصة للوكالة.

ويعرض الجدول التالي تطور الاعتمادات السنوية المخصصة لميزانية الوكالة موزعة على أبوابها الأربعة خلال الفترة (١٣٨٠/ ١٣٨١ هـ) ـ (١٤١٧/ ١٤١٨ هـ).

جدول رقم (١)[١]

السنة المالية	إجمالي الاعتمادات بالريال
١٣٨٠/١٣٨١ هـ	١,٩٥٠,٨٠٠
١٣٨٥/١٣٨٦ هـ	١٦,٧٨٥,٠٠٠
١٣٩٠/١٣٩١ هـ	٢٢,٥٣٨,٠٠٠
١٣٩٥/١٣٩٦ هـ	٢٢١,١٨٧,٠٠٠
١٤٠٠/١٤٠١ هـ	٥٣١,٣٤٥,٠٠٠
١٤٠٥/١٤٠٦ هـ	٥٢٩,٨٨٨,٠٠٠
١٤١٠/١٤١١ هـ	٥٩٤,٦٦٢,٠٠٠
١٤١٥/١٤١٦ هـ	٧١٣,٢٥٢,٠٠٠
١٤١٧/١٤١٨ هـ	٧٣٦,٩٧٥,٠٠٠

(١) النشرة الدورية عن وزارة العمل والشئون الاجتماعية ـ محرم ١٤٢٠ هـ ص ٣٠ ـ ٣١. مقال للأستاذ علي بن سليمان الحناكي مدير إدارة التطوير الإداري بوكالة الشئون الاجتماعية.

المبحث الخامس

أولاً: رعاية وتأهيل المعاقين:

كانت الرعاية الاجتماعية تمارس بالفطرة ومن قبل الأفراد والأسر امتثالاً لما جاء به الدين الإسلامي الحنيف، إلى أن أنشئت وزارة العمل والشؤون الاجتماعية عام ١٣٨٠ هـ وتولت الوزارة تنظيم هذا العمل.

وفيما يلي عرض موجز لبرامج وخدمات الرعاية الاجتماعية خلال الفترة (١٣٨٠/١٤١٧ هـ).

أولاً: رعاية الأيتام ويتبعها:

أ ـ دور الحضانة الاجتماعية ـ (حتى سن السادسة).

ب ـ دور التربية الاجتماعية (بين السادسة والثانية عشر).

جـ ـ الرعاية البديلة (داخل أسر حاضنة + أسر بديلة).

د ـ برنامج إعانة زواج الفتيات بدور التربية والأسر الحاضنة.

ثانياً: رعاية الأحداث:

وقد رسمت أساليب رعاية الأحداث من الجنسين من خلال محورين هما:

١ ـ جانب وقائي.

٢ ـ جانب علاجي.

ثالثاً: رعاية الجنسين:

رابعاً: رعاية الأسر ودعم تماسكها:

خامساً: رعاية وتأهيل المعاقين:

ـ وهو محور موضوعنا الهام.

وتتعدد أوجه الرعاية لتناسب حاجات المعاقين على اختلاف فئاتهم من خـلال:

١ ـ مراكز التأهيل المهني:

وتختص بتأهيل المعاقين (جسمياً أو حسياً أو عقلياً) على أنسب المهن لقدراتهم المتبقية وتوظيفهم لتحويلهم إلى أفراد منتجين قادرين على التفاعل والتكيف في المجتمع اجتماعياً ونفسياً.

وقد اشتملت هذه المراكز على العديد من وحدات التدريب المهني مثل الكهرباء، والتجليد، والتجارة، والأعمال المكتبة والآلة الكاتبة، والحاسب الآلي، والسكرتارية والدهان والنقش والزخرفة، وتنسيق الحدائق والخياطة والتفصيل والأشغال النسوية وأعمال السنترال.

ويمكن توجيه المعاقين إلى التدرب على مهن أخرى كثيرة، تحت إشراف مراكز التأهيل التي تتولى دفع أجور التدريب.

ويحصل المعاقون على مزايا متعددة خلال فترة التدريب منها:

١ ـ الرعاية الاجتماعية والنفسية وخدمات العلاج الطبيعي.

٢ ـ الإقامة والإعاشة.

٣ ـ ملابس وأدوات التدريب.

٤ ـ مكافأة تدريب شهرية تتراوح فيما بين ٤٠٠ ـ ١٢٠٠ ريالاً حسب نوع الإقامة والحالة الاجتماعية.

هذا إلى جانب مصاريف الانتقال من وإلى مراكز التأهيل.

وتم التدريب داخل مراكز التأهيل المهني ومن برنامج تحدد من خلال دورات تدريبية.

٢ ـ مراكز التأهيل الاجتماعي:

وتختص هذه المراكز بإيواء حالات شديدي الإعاقة الذين لا يمكن تأهيلهم مهنياً (تخلف عقلي، شدة العجز، أو تعدد الإعاقات):

جدول رقم (٢)

توزيع مراكز تأهيل المعاقين على مدن ومناطق المملكة وتاريخ إنشاء كل منها

م	اسم الدار أو المؤسسة	المنطقة	تاريخ التأسيس
٣	**أولاً: مراكز التأهيل المهني:**		
١	مركز التأهيل المهني للذكور بالرياض	الرياض	١٣٩٤ هـ
٢	مركز التأهيل المهني للذكور بالطائف	مكة المكرمة	١٣٩٦ هـ
٣	مركز التأهيل المهني للذكور بالدمام	الشرقية	١٣٩٧ هـ
٤	مركز التأهيل المهني للإناث بالطائف	مكة المكرمة	١٤٠٦ هـ
	ثانياً: مراكز التأهيل الاجتماعي:		
١	مراكز التأهيل الاجتماعي بالرياض	الرياض	١٣٩٦ هـ
٢	مراكز التأهيل الاجتماعي بالمدينة المنورة	المدينة المنورة	١٣٩٩ هـ
٣	مراكز التأهيل الاجتماعي بالأحساء	الشرقية	١٤٠٤ هـ
	ثالثاً: مراكز التأهيل الشامل:		
١	مراكز التأهيل الشامل بالبكيرية	القصيم	١٤٠٥ هـ
٢	مركز التأهيل الشامل بأبها	عسير	١٤٠٥ هـ
٣	مركز التأهيل الشامل بنجران	نجران	١٤٠٨ هـ
٤	مركز التأهيل الشامل بجدة	مكة المكرمة	١٤٠٨ هـ
٥	مركز التأهيل الشامل بحائل	حائل	١٤٠٨ هـ
٦	مركز التأهيل الشامل بالرياض	الرياض	١٤١١ هـ
٧	مركز التأهيل الشامل بمكة المكرمة	مكة المكرمة	١٤١٣ هـ
٨	مركز التأهيل الشامل بالدمام	الشرقية	١٤١٤ هـ
٩	مركز التأهيل الشامل بالباحة	الباحة	١٤١٤ هـ
١٠	مركز التأهيل الشامل بجازان	جازان	١٤١٤ هـ

م	اسم الدار أو المؤسسة	المنطقة	تاريخ التأسيس
١١	مركز التأهيل الشامل بالجوف	الجوف	١٤١٥ هـ
١٢	مركز التأهيل الشامل بتبوك	تبوك	١٤١٦ هـ
١٣	مركز التأهيل الشامل للإناث بالرياض	الرياض	١٤١٧ هـ
١٤	مركز التأهيل الشامل بشقراء	الرياض	١٤١٨ هـ
	رابعاً: مراكز الرعاية النهارية للأطفال المعاقين وشغل وقت فراغهم.		
١	مركز الرعاية النهارية للأطفال المعاقين بالرياض	الرياض	١٤١٠ هـ
٢	مركز الرعاية النهارية للأطفال المعاقين بجدة	مكة المكرمة	تحت التأسيس
٣	مركز الرعاية النهارية للأطفال المعاقين بجازان	جازان	تحت التأسيس

وتوفر هذه المراكز الرعاية الإيوائية بما في ذلك الإقامة والإعاشة، وخدمات العلاج الطبيعي والطبي، والرعاية النفسية والاجتماعية والترفيهية.

٣ ـ مراكز التأهيل الشامل:

هذه المراكز نمط جديد من مراكز رعاية المعاقين وتضم أقساماً مهنية للتأهيل المهني وأقساماً اجتماعية لشديدي الإعاقة وقد استحدثت هذه المراكز لتجميع الخدمات التأهيلية في وحدة واحدة تقدم خدماتها من مصدر واحد في آنٍ واحد تحت إشراف إدارة واحدة وتضم أفراداً من الجنسين كلاً على حدة كما تضم أقساماً لحضانة الأطفال شديدي الإعاقة.

جدول رقم (٣)

تطور عدد مراكز التأهيل الاجتماعي والشامل للمعاقين والرعاية النهارية، وعدد المستفيدين من خدماتها من فئات شديدي الإعاقة خلال الفترة (١٣٩٥ ـ ١٤١٧ هـ).

السنة/ البيان	عدد لمراكز				عدد لمستفيدين (حالات شديدي الإعاقة)				المتوسط السنوي لعدد المستفيدين
	اجتماعي	شامل	رعاية	المجموع	ذكور	إناث	حضانة	المجموع	
١٣٩٥ ـ ١٤٠٠ هـ	٢	-	-	٢	١٠٤	٩٢	-	١٩٦	٤٩
١٤٠٠ ـ ١٤٠٥ هـ	٣	١	-	٤	٩٥٢	٧٧٠	-	١٧٢٢	٣٤٤
١٤٠٥ ـ ١٤١٠ هـ	٣	٥	-	٨	٣٨٢٠	٢٤٩٢	-	٦٣١٢	١٢٦٢
١٤١٠ ـ ١٤١٥ هـ	٣	١٢	٢	١٧	٧٤٦٢	٤٥٢٣	٢٨٧٧	١٤٨٦٢	٢٩٧٢
١٤١٦ ـ ١٤١٧ هـ	٣	١٢	٢	١٧	٤٠٩٨	٢٦٣٥	٢٠٧٤	٨٨٠٧	٤٤٠٤

● بدأت خدمات مراكز التأهيل الاجتماعي خلال العام ١٣٩٧/١٣٩٦ هـ ومراكز التأهيل الشامل خلال العام ١٤٠٥/١٤٠٤ هـ

●● بدأت خدمات مراكز الرعاية النهارية للأطفال المعاقين خلال العام ١٤١١/١٤١٠ هـ.

٤ ـ مراكز الرعاية النهارية:

بدأت خدماتها في العام الأول من خطة التنمية الخامسة (١٤١٠ ـ ١٤١١ هـ) حيث افتتح أول مركز منها بالرياض ليقدم الرعاية والعناية النهارية، للأطفال المعاقين الذين تقل أعمارهم عن ١٥ سنة. ويهدف هذا النوع من المراكز إلى توفير برامج الرعاية والتأهيل المناسبة للأطفال المعاقين خلال ساعات النهار، وذلك تخفيفاً عن كاهل أسرهم، وخاصة العاملين الذين لا يستطيعون توفير الرعاية المناسبة لأبنائهم المعاقين خلال فترة دوامهم الرسمية.

جدول رقم (٤)

تطور مراكز التأهيل المهني

وعدد الذين تم تأهيلهم والذين تم تشغيلهم

خلال الفترة (١٣٩٤–١٤١٧هـ)

البيان / السنة	عدد المراكز		الأقسام المهنية بمراكز التأهيل الشامل	تطور عدد الحالات التي تم تأهيلها							
	بنين	بنات		آلات دقيقة	نجارة	تجليد	آلة كاتبة وسكرتارية وحاسب آلي		أعمال كتابية	
							ذ	أ	ذ	أ
١٣٩٤–١٣٩٥هـ	١	–	–	–	٨	٩	–	–	–	–
١٣٩٥–١٤٥٠هـ	٣	–	–	٧	٢٢	٢١	٢١	–	–	–
١٤٠٠–١٤٠٥هـ	٣	١	–	٢٤	٢٨	٤٧	٣٢	٢	١٣	–
١٤٠٥–١٤١٠هـ	٣	٢	٢	٢٠	٧٧	٦٩	١٢٨	٢٩	٥٢	٣
١٤١٠–١٤١٥هـ	٣	٢	٤	٢٥	١٢٩	١٠١	٣٠٧	٤١	١٥١	١٧
١٤١٥–١٤٧هـ	٣	٢	٤	٦	٤٢	٣١	١١٨	٢٥	٣٠	٣٣

تنسيق حدائق	كهرباء وإليكترونيات	دهانات ونقش	مامور سنترال	سمكرة ودهانات سيارات	ميكانيكا سيارات	أعمال صحية	خياطة وتطريز وتريكو وسجاد يدوي		المجموع الكلي			العدد التراكمي للحالات التأهيلية
							ذ	أ	ذ	أ	م	
٥	–	٢	–	–	–	–	٨	–	٤٣	–	٤٣	٤٣
٣٦	١٦	٦	٥	٢	–	٢٧	–	–	١٧٥	–	١٧٥	٢١٨
٦١	٢٨	٣٩	٢٤	٢	٣	٥	٥٢	٢٥	٣٥٨	٢٧	٣٨٥	٦٠٣
١٣٣	٦٠	٩٥	٨٠	٤	٥	٤٠	٨٢	١٢٨	٨٤٢	١٦٠	١٠٠٢	١٦٠٥
٣٢٩	٧٨	١١٦	٣٢٨	٢	١١	٤٠	١٠٦	٣٠٥	١٧٣٣	٣٦٣	٢٠٩٦	٣٧٠١
١١٢	١٥	٤٩	١٨٥	–	٢	٩	٣١	١٢٠	٦٣٠	١٧٨	٨٠٨	٤٥٠٩

المبحث السادس
الرعاية النهارية للأطفال المعاقين

بدأت فكرة الخدمات النهارية للمعاقين بهدف توفير برامج الرعاية والتأهيل المناسبة للأطفال المعاقين خلال ساعات النهار، وذلك للتخفيف عن كاهل الأسرة، وخاصة المقيمين معهم والذين لا يستطيعون توفير الرعاية المناسبة لأبنائهم المعاقين وخاصة خلال دوامهم الرسمي.

ولكن تظل الأسرة هي المؤسسة الهامة والأولى التي تحتضن الطفل ذي الحاجة الخاصة، وهي أول وأهم الخبرات التي يمر بها الطفل في حياته. فهي لا تعمل على تلبية الحاجات الأساسية من طعام ومأوى وملبس فحسب ولكنها تلبي حاجاته الإنسانية الأخرى كالحاجة إلى الحب والانتماء.

لذا لا غنى عن الأسرة ودورها، لأن المهنيين والمختصين في كافة الخدمات لن يستطيعوا وحدهم تدريب أو تأهيل أو معالجة الفرد المعاق بمعزل عن أسرته، فالمسؤولية مشتركة، ومن هنا انطلقت فكرة مراكز الرعاية النهارية.

ومن هنا جاءت فكرة أهمية العلاقة بين الأسرة والمؤسسة التربوية والتعليمية.

ومن أهم الخدمات والأنشطة التي تقدم لهذه الفئة ما يلي:

١ ـ خدمات تعليمية وتدريبية.

٢ ـ خدمات العلاج الطبيعي.

٣ ـ خدمات العلاج الوظيفي.

٤ ـ خدمات العلاج باللعب.

٥ ـ خدمات عيوب النطق والكلام.

٦ ـ خدمات اجتماعية.

٧ ـ خدمات نفسية.

٨ ـ الإسعافات الأولية.

٩ ـ خدمات الإرشاد والتوجيه الأسري، وتشمل:

توعية الأهل بأحدث سبل رعاية المعاق، وبالتالي مساعدتهم على تفهم إعاقة ابنهم، مما يضمن مشاركتهم الفعالة في تحقيق الأهداف التدريبية للطفل.

وضمان استمراريتهم في المشاركة مما يعزز من دورهم ويحقق تكافؤ الفرص في تربية الأبناء، وكذلك يزيد من فعالية البرامج المقدمة لأبنائهم المعاقين.

وقد أنشىء أول مركز للرعاية النهارية في الرياض في العام الأول من خطة التنمية الخامسة ١٤١٠ ـ ١٤١٥ هـ. ويخدم المركز فئة شديدي الإعاقة ومتعدديها، والتي تقل أعمارهم عن ١٥ سنة.

وتقديم الخدمات التأهيلية المتخصصة وفق برنامج نهاري يتقاسم فيه المركز والأسرة مسؤولية رعاية المعاقين وتدريبهم[١].

---

(١) النشرة الدورية عن وزارة العمل والشئون الاجتماعية ـ محرم ١٤٢٠ هـ ص ٣٠ ـ ٣١. مقال للأستاذ علي بن سليمان الحناكي مدير إدارة التطوير الإداري بوكالة الشئون الاجتماعية.

المبحث السابع

الرعاية الطبيعية للمعاقين

رعاية المعاقين المقيمين لدى أسرهم

من الأفضل أن تتم رعاية المعاق (اجتماعياً وتربوياً) من خلال أسرته الطبيعية التي تهيىء له الحضانة والجو الطبيعي.

وقد رصدت الدولة لهذه الفئة إعانات مالية تصرف لأولياء الأمور وفقاً لمعايير معينة ويخضعون لإشراف سنوي وتتبع من المختصين للتأكد من توفير أقصى رعاية ممكنة لهم.

وتقضي المادة (٢٣) من لائحة تأهيل المعاقين بصرف إعانة نقدية لا تتجاوز عشرة آلاف ريال في السنة.

وذلك للحالات التي تنطبق عليها شروط القبول بمراكز التأهيل الاجتماعي، وذلك حسب حالة المعاق وحالة أسرته.

كما تقضي المادة (٢٤) من اللائحة بصرف إعانة نقدية لا تتجاوز ستة آلاف ريال في السنة للفئات التي لا تصلح للتأهيل ولا تستفيد من برامجه، وترى الوزارة حاجتها للإعانة.

ويوضح الجدول رقم (٥) أهم المؤشرات الإحصائية لتطور برنامج إعانات شديدي الإعاقة خلال الفترة (١٣٩٥ ـ ١٤١٠ هـ).

تطوير عدد المستفيدين والمبالغ المنصرفة لحالات شديدي الإعاقة المقيمين مع أسرهم خلال الفترة (١٣٩٥ ـ ١٤١٧ هـ) بآلاف الريالات[١].

جدول رقم (٥)

البيان / السنة	حالات معاقة طبقاً للمادة (٢٣)			حالات معاقة طبقاً للمادة (٢٤)			المجموع		
	عدد الحالات	المتوسط السنوي	المبالغ المنصرفة	عدد الحالات	المتوسط السنوي	المبالغ المنصرفة	عدد الحالات	المتوسط السنوي	المبالغ المنصرفة
١٣٩٥ ـ ١٤٠٠ هـ	٢٩٣٤٦	٢٩٣٤٦	٢٩٣٤٦	٢٩٣٤٦	٢٩٣٤٦	٢٩٣٤٦	٢٩٣٤٦	٢٩٣٤٦	٢٩٣٤٦
١٤٠٠ـ١٤٠٥ هـ	٢٣٢٨٨٧	٢٣٢٨٨٧	٢٣٢٨٨٧	٢٣٢٨٨٧	٢٣٢٨٨٧	٢٣٢٨٨٧	٢٣٢٨٨٧	٢٣٥٨١٧	٢٣٢٨٨٧
١٤٠٥ ـ ١٤١٠ هـ	٤٧٨١٣٤	٤٧٨١٣٤	٤٧٨١٣٤	٤٧٨١٣٤	٤٧٨١٣٤	٤٧٨١٣٤	٤٧٨١٣٤	٤٧٨١٣٤	٤٧٨١٣٤
١٤١٠ ـ ١٤١٥ هـ	٨٧٨٩٠٠	٨٧٨٩٠٠	٨٧٨٩٠٠	٨٧٨٩٠٠	٨٧٨٩٠٠	٨٧٨٩٠٠	٨٧٨٩٠٠	٨٧٨٩٠٠	٨٧٨٩٠٠
١٤١٦ ـ ١٤١٧ هـ	٣٧٥١٢٠	٣٧٥١٢٠	٣٧٥١٢٠	٣٧٥١٢٠	٣٧٥١٢٠	٣٧٥١٢٠	٣٧٥١٢٠	٣٧٥١٢٠	٣٧٥١٢٠

وفيما يلي بيان بعدد الحالات التي تم إعانتها وقيمة الإعانة المنصرفة خلال العامين ١٤١٤/ ١٤١٥ هـ و ١٤١٥/ ١٤١٦ هـ.

جدول رقم (٦)

البيان	١٤١٤/ ١٤١٥ هـ	١٤١٥/ ١٤١٦ هـ
عدد الحالات المعاقة	٣٠٣٣٢	٤١٥٠١
إجمالي الإعانات المنصرفة	١٨٣,٢٨٥,٠٠٠ ريالاً	١٩٠,٠٩٣,٠٠٠ ريالاً

(١) النشرة الدورية لوزارة العمل محرم ١٤٢٠ هـ.

المبحث الثامن
رعاية الأطفال ذوي الظروف الخاصة

برامج الرعاية البديلة:

تهتم الرعاية البديلة برعاية الأطفال ذوي الظروف الخاصة مثل الذين لا عائل لهم أو الذين حرموا من رعاية الوالدين أو أحدهما أو الأقارب أو بسبب الوفاة أو الانفصال بين الزوجين أو السجن أو الإصابة بمرض عقلي أو جسمي مستعص أو مرض معدٍ أو لأي سبب مشابه، ويتم رعاية هؤلاء الأطفال من خلال أحد الأسلوبين التاليين:

١ ـ إيداعهم إحدى الدور الاجتماعية المناسبة مثل دور الحضانة أو مؤسسة رعاية الأطفال المشلولين.

٢ ـ تسليمهم لإحدى الأسر التي تبدي رغبة في القيام برعاية هؤلاء الأطفال ضمن أفراد أسرهم، وتنقسم هذه الأسر إلى:

أ ـ أسر حاضنة:

وتختص برعاية الأطفال الذين لا عائل لهم ويظل الطفل في رعايتها دون سن محدد.

ب ـ أسر بديلة:

وتختص برعاية بقية الحالات حتى سن السادسة من العمر وبعدها يتم توجيه الطفل دور التربية الاجتماعية وتصرف لهذه الأسر إعانات بواقع ألف ريال شهري (١٠٠٠ ريال) دون من السادسة و (١٢٠٠ ريالاً) شهرياً للأطفال فوق سن السادسة كما

يصرف مبلغ (٢٤٠٠ ريالاً) للأطفال فوق سن السادسة الذين يلتحقون بالمدارس في كل عام دراسي، وعند انتهاء إقامة الأطفال لدى الأسر الحاضنة يصرف مبلغ (٥٠٠٠ ريالاً) كهدية رمزية مقابل قيامها على حسن رعاية الطفل.

المبحث التاسع
رعاية الأطفال المشلولين

أ ـ الرعاية الموسمية:

يلقى الأطفال المشلولون داخل مؤسسات ـ رعاية الأطفال المشلولين ـ جانب الإيواء الكامل ـ برامج الرعاية الاجتماعية الشاملة وخدمات العلاج الطبيعي، والعناية الشخصية بالإضافة إلى البرامج الثقافية والرياضية، والبرامج الترفيهية، وكذلك إجراء العمليات الجراحية لدى مستشفيات المتخصصة.

ويوجد بالمملكة مؤسستان لرعاية الأطفال المشلولين، تأسست الأولى بالرياض عام ١٣٩٧ هـ، والأخرى بالطائف عام ١٤٠٣ هـ.

هذا وتخصص لكل طفل وطفلة ملتحق بالمؤسسة مصروف شخصي قدره (١٢٠) ريالاً شهرياً.

ويعرض الجدول التالي رقم (٧) أهم المؤشرات الاجتماعية لتطور خدمات مؤسستي رعاية الأطفال المشلولين وعدد المستفيدين من خدماتهما خلال الفترة (١٣٩٧ ـ ١٤١٧ هـ).

تطور عدد المستفيدين من خدمات مؤسستي رعاية الأطفال المشلولين خلال الفترة (١٣٩٧ ـ ١٤١٧ هـ).

جدول رقم (٧)

البيان / السنة	عدد المؤسسات	العدد التراكمي للمستفيدين			المتوسط السنوي لعدد المستفيدين
		ذكور	إناث	المجموع	
١٣٩٧ ـ ١٤٠٠ هـ	١	٧٦	٣٠	١٠٦	٥٣
١٤٠٠ ـ ١٤٠٥ هـ	٢	٣٠٧	١٧٥	٤٨٢	٩٦
١٤٠٥ ـ ١٤١٠ هـ	٢	٥٦٥	٢٠٥	٧٧٠	١٥٤
١٤١٠ ـ ١٤١٥ هـ	٢	٦٦٤	٤٢٩	١٠٩٣	٢١٩
١٤١٥ ـ ١٤١٧ هـ	٢	٣٠٢	١٨٠	٤٨٢	٢٤١

ب ـ برنامج إعانات الأطفال المشلولين:

من المعروف والمسلم به أن رعاية الأسرة لطفلها المشلول أفضل وأجدى من الرعاية المؤسسية، لذلك فإنه يستحسن أن يظل الطفل المشلول في رعاية أسرته الطبيعية طالما توفرت لديها إمكانيات رعايته. حتى يظل الطفل متمتعاً بالحنان الطبيعي في محيطها.

وقد بدأت خدمات هذا البرنامج من ١/١٢/١٣٩٩ هـ ويعرض الجدول الآتي رقم (٨) أهم المؤشرات الإحصائية لتطور برنامج إعانات الأطفال المشلولين المقيمين مع أسرهم وعدد المستفيدين من خلال الفترة (١٣٩٩ ـ ١٧٠٠ هـ).

تطور برنامج إعانات الأطفال المشلولين برعاية أسرهم وعدد المستفيدين منه خلال الفترة (١٣٩٩ ـ ١٤١٧ هـ) (بآلاف الريالات).

جدول رقم (٨)

البيان / السنة	العدد التراكمي للحالات المعاقة	المتوسط السنوي	إجمالي الإعانات الحكومية المنصرفة
١٣٩٩ ـ ١٤٠٠ هـ	١٧١	١٧١	١٢٤٥
١٤٠٠ ـ ١٤٠٥ هـ	٨٣٢٦	١٦٦٥	٦٣٤٦١
١٤٠٥ ـ ١٤١٠ هـ	١٤٣١٦	٢٨٦٣	٨٧٣٥٨
١٤١٠ ـ ١٤١٥ هـ	١٣٨٤٣	٢٧٦٨	٣٨٧٠٠
١٤١٥ ـ ١٤١٧ هـ	٣٧٥٠	١٨٧٥	١٠٠٥

المبحث العاشر
تشغيل المعاقين

يجد المعاق العمل المناسب عن طريق إحدى المؤسسات الآتية للاستفادة منهم كطاقات وظيفية منتجة.

١ ـ العمل بالمصالح الحكومية:

ويتم ذلك عن طريق الديوان العام للخدمة المدنية وفروعه القائمة بمختلف مناطق المملكة.

٢ ـ العمل بالقطاع الخاص:

ويتم ذلك عن طريق فروع مكاتب العمل التي تبدي اهتماماً خاصاً بهذا القطاع.

ويلزم نظام العمل بالعمال كل صاحب عمل لديه (٥٠) عاملاً فأكثر تمكنه طبيعة العمل لديه من تشغيل العاجزين الذين تم تأهيلهم أن تكون نسبة ٢٪ من مجموع عدد عماله منهم.

٣ ـ التشغيل عن طريق تنفيذ مشروع فردي:

يتيح نظام التأهيل إمكانية تنفيذ مشروع فردي وتأهيلي بمعونة الدولة تبلغ (٥٠,٠٠٠ ريالاً) للمعاق الواحد، بإشراف من مراكز التأهيل المهني. وقد استفاد من هذا البرنامج منذ بداية خدماته في عام ١٤٠١/١٤٠٢ هـ حتى نهاية عام ١٤١٦/١٤١٧ هـ (١٤) معاقاً ومعاقة، وبلغ إجمالي الإعانات المنصرفة لهم ٣ و ٦ مليون ريال.

مزايا أخرى: منها:

١ ـ منح المعاق بطاقات سفر مخفضة تسمح بركوبهم ومرافقيهم بوسائل النقل الحكومية بنسبة ٥٠٪.

٢ ـ توفير الأجهزة التعويضية والمعينات السمعية والبصرية وغيرها مجاناً من خلال مراكز التأهيل الطبي التابعة لوزارة الصحة.

٣ ـ تخصيص مواقف سيارات خاصة بالمعاقين في مختلف المواقف العامة والخاصة تيسيراً عليهم في مراجعتهم وقضاء حوائجهم اليومية.

٤ ـ تجهيز الطرق العامة والحدائق والمتنزهات والمباني الحكومية وغيرها بما يساعد المعاقين على سهولة الارتياد والاستمتاع بها.

٥ ـ توفير التعليم الخاص لفئات المعاقين من فئات المكفوفين والصم والبكم وضعاف العقول من خلال معاهد متخصصة تابعة لوزارة المعارف والرئاسة العامة لتعليم البنات.

٦ ـ منح المعاقين والمصابين بشلل الأطراف السفلية إعانة مالية لتحويل سياراتهم إلى القيادة اليدوية.

المراجع العربية:

١ ـ الخطيب، جمال، ١٤١٥ هـ/ ١٩٩٥ م، تعديل السلوك الإنساني ط ٣، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الإمارات العربية المتحدة، .

٢ ـ الخطيب، جمال، ١٩٩٣ ، إشراق للنشر والتوزيع، عمّان.

٣ ـ السرطاوي، زيدان، عبد العزيز، ١٩٨٤ ، صعوبات التعلم الأكاديمية والنمائية، الرياض، مترجم.

٤ ـ الروسان، فاروق، ١٩٨٩ ، سيكولوجية الأطفال غير العاديين، جمعية عمال المطابع التعاونية، عمان، الأردن.

٥ ـ الريحاني، سليمان، ط ٢ ، ١٩٨٥ ، التخلف العقلي، مطابع الدستور التجارية، عمّان ـ الأردن.

٦ ـ مسعود، وائل، ١٩٨٤ ، أهمية دمج الأطفال المعاقين في المدارس العامة في الأردن، ورقة عمل مقدمة إلى الحلقة الدراسية لواقع ومستقبل مؤسسات رعاية المعاقين في الأردن.

٧ ـ شارلز شيفر، هوارد ميلمان، ترجمة د. نسيمة ود. نزيه حمدي، ١٩٩٦، ط ٢، عمان منشورات الجامعة الأردنية.

٨ ـ خلف الله، إيمان، ١٩٩٦ ، الجامعة الأردنية، قضية الدمج والبدائل التربوية الأخرى، ورقة عمل قدمت لمتطلبات مساق قضايا ومشكلات في التربية الخاصة.

٩ ـ سيد يوسف، جمعة، مذكرات طالب، الاضطرابات السلوكية ١٤١٤ هـ/ ١٤١٥ هـ عليشة.

١٠ ـ الموسى، ناصر، مسيرة التربية الخاصة بوزارة المعارف، ١٤١٩ هـ/ ١٩٩٩ م، مطبوعات وزارة المعارف الرياض.

١١ ـ النشرة الدورية عن وزارة العمل والشؤون الاجتماعية ـ محرم ١٤٢٠ هـ الرياض.

١٢ ـ د. عبد الستار، إبراهيم، وعبد العزيز عبد الله الدخيل، ود. رضوى إبراهيم، ١٩٩٣ ، مجلة عالم المعرفة، الكويت، العلاج السلوكي ـ أساليبه، ونماذج من حالاته للطفل.

١٣ ـ دورية مجلة المنال، العدد ٨٩، يوليو، ١٩٩٥ .

١٤ ـ المغلوث، فهد حمد أحمد، رعاية الأطفال المعوقين، في المملكة العربية السعودية ـ الواقع والطموحات، ١٤١٩ هـ/١٩٩٩ م. ط ١، مطابع التقنية للأوفست.

١٥ ـ السعد، سميرة عبد اللطيف، معاناتي والتوحد، رسالة ماجستير، تربية خاصة ـ الكويت، ١٩٩٢.

المراجع الأجنبية:

1 - C-Rogers: Client - centered therapy,(Borton Houghton - mibblin 1951) ch 11.

2 - F. from: man for Himself (New-York: Holt 1947) pp. 82 - 106.

3 - H. Suilvan: The inter personal theory of Psyclicatry - New-York: Norton 1953) pp. 110 - 111.

4 - A. Adler: under Stunding. Human Nature, New-York: Greenberge 1929), pp. 30 - 32.

5 - K. Horny; Henross and Human Gronth. New-York: Norton 1950): ch. 1.

6 - Rank: Will therapy and Truth, and Reality, New-York: Knop F 1945) pp. 111 - 112.

7 - Keat, Donald: «Fundamentals of child counseling honghton - Miffline, Boston 1974».

8 - Lewis B. Rena and Doorlay, Donald Teaching Specail Students, in the. Manstreem merrill Publishing Conpany Abell and Howell Information Company Columbus, Toronto, London Melborne 1987.

9 - Ysseldyke, James and Algozzine, Bob. introduction to Special Education Houghton miffline company. Bost, Dalla, Grenna, illinois Pala - Aito, Princeton New-Jersy, 1990.

10 - Kirk, A. Samuel and Gallagher, J. James. Education Exceptinal.

11 - Thomas, alexander et al: Temp-erment. and Behavior Disorders in children New-York unevrsity Press, New-York, 1968.

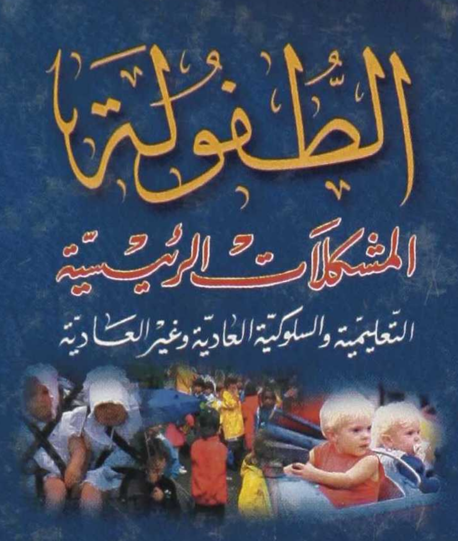
12 - Cruickshank, W.M. and Hallanan, D.P. (ed) Perceptual and learning - Disabilities in children vol: Psycholeutucational Practices Syracues university Prees, syracuse 1975.

13 - Children. Haonghtion, Miffline Company Boston. Toroutos. 1993.

14 - Cartwright, Phillip and Cortwright Carol and Ward, Martorie. Education Specail learner Mads Morth Publishing Campany Belmont, Califohnia A Divison of Wads Worth. inc, 1989.

فهرس الجزء الثاني

الجـزء الثانـي





للنشر والتوزيع

العبدلي - عمارة جوهرة القدس - ص.ب. 8670 عمان 11121 الأردن
تلفاكس: 4620078 خلوي: 077303328

Jawhart El-Quds Building - Al-Abdali - P.O.Box: Amman 11121 Jordan
Telefax: 4620078 - Mob.: 077303328
www.juhaina.net - info@juhaina.net